Vingt-neuvième année N° 1 6 JANVIER 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

SOMMAIRE

LE NOUVEAU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Nous apprenons que le résultat de l'élection que nous avons signalée avec insistance à nos confrères est provisoirement arrêté. M. le docteur Lereboullet a obtenu un millier de voix de plus que ses prédécesseurs immédiats, c'est-à-dire plus de 4.000 suffrages. C'est beaucoup, étant données les habitudes d'indifférence de trop nombreux sociétaires, beaucoup aussi parce que la candidature unique écartait toute nécessité de faire triompher une opinion à coups de bulletins, beaucoup enfin parce que la Commission de recensement n'a pas compté les voix des Sociétés qui disaient avoir voté par acclamation.

Heureux de ce résultat, nous en félicitons le Corps médical lui-même, plus encore que le dévoué et distingué confrère qui a si bien mérité sa confiance.

PROPOS DU JOUR

Encore une tentative d'assurance-maladie.

L'année 1907 apporte à nos heureux confrères de Paris la bonne aubaine contenue dans le papier ci-dessous :

Assistance commerciale
Assistance juridique
Assistance médicale

Assurance des Risques
d'Accidents Individuels
d'Accidents Agricoles
d'Accidents des Chevaux et Voitures
d'Accidents d'Automobiles et Sport
D'INCENDIE
de Vol, Bris des Glaces

Pièces jointes :

Par pli séparé :

SYNDICAT
des Commerçants et Industriels de France
ASSOCIATION MUTUELLE D'ASSISTANCE DE PRÉVOYANCE ET D'ASSURANCE
Instituée en conformité du Décret gouvernemental du 22 Janvier 1868
STATUTS DEPOSÉS EN L'ETUDE DE Me MOYNE, NOTAIRE A PARIS

Siège Social : 19, Rue Auber, PARIS

Paris, le 18 Décembre 1906.

Monsieur le Docteur, Paris,

Monsieur,

Notre Société venant de décider l'exploitation dans Paris de sa nouvelle branche d'assistance et d'assurance contre la maladie, organise dans chaque quartier de Paris son service médical.

Nous venons donc vous demander de nous dire s'il vous plairait d'en faire partie en votre qualité de médecin chargé des soins à donner à nos sociétaires de votre quartier et comme membre correspondant pour patronner et recommander parmi votre clientèle notre nouvelle branche d'assurance-maladie appelée à un très grand développement.

En nous faisant connaître votre réponse, veuillez nous indiquer l'heure de la journée à laquelle l'un de nos inspecteurs pourra facilement avoir une entrevue avec vous pour vous soumettre les conditions de votre collaboration.

A vous lire,

Veuillez agréer, Docteur, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le Directeur Général :

J.

Assistance Médicale et Assurance Maladie.

GROUPE A *bis*

Les Sociétaires affiliés à ce groupe ont droit :

En cas de maladie :

1° A une indemnité journalière de 5 à 25 francs suivant le taux de la cotisation ;

2° Aux soins des médecins de l'Association et à la délivrance des médicaments nécessaires à leur guérison.

Taux de la cotisation

INDEMNITE quotidienne	INDEMNITE médicale et pharmaceutique	MONTANT de la cotisation annuelle
5 fr.	1.000 fr.	35 fr.
10 fr.	1.000 fr.	50 fr.
15 fr.	1.000 fr.	70 fr.
20 fr	1.000 fr.	90 fr.
25 fr.	1.000 fr.	110 fr.

Pour assurer l'Assistance médicale et pharmaceutique seule, réduire la cotisation à 10 francs par 1,000 francs d'indemnité garantie pour les soins médicaux et pharmaceutiques.

Il ne se passe guère d'année sans que nous ayons à signaler une initiative de ce genre. Si toutes ont pris le grand développement qu'elles se promettaient il doit rester peu de familles à enrôler, et pas un seul médecin à pourvoir.

Mais, cette fois, c'est particulièrement tentant pour ces derniers, car on n'a pas l'air de vouloir s'inquiéter du montant des honoraires, tandis qu'on commençait généralement par là jadis, ce qui refroidissait un peu les enthousiasmes.

Allons, confrères, dites-nous sous peu si la proposition vous agrée.

Seulement laissez passer la visite de l'Inspecteur.... car là gît quelque lièvre d'importance qu'il vous faut lever à tout prix.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le phosphotal

Le *phosphotal* ou phosphite neutre de créosote a été préparé pour la première fois par Ballard, de Montpellier, en 1894.

C'est un mélange d'éthers phosphoreux, et de phénols de la créosote. C'est un liquide jaune rougeâtre visqueux de densité = 1.24, à odeur faible tenant en suspension des cristaux de phosphite neutre de gaïacol, qui en altèrent la transparence. Chauffé légèrement, il devient limpide. Sa saveur est chaude, sans être caustique, très supportable, et cette causticité au goût disparaît rapidement.

Le phosphotal qui est préparé par le Labotoire Clin contient 9,5 de phosphore sous forme d'acide phosphoreux combiné à 90 0/0 de créosote. Il est peu soluble dans l'eau, mais très

FEUILLETON

1907

Liesse et Noël.

Notre vieux Rabelais a écrit quelque part : « Bons enfants estes de vous esgousiller à cette besterie. Mieux vault que beuviez froid que parliez chaud ».

C'est par un vœu analogue que débutera mon boniment annuel, avec l'espoir que la pacification se fera dans nos esprits, et que les fils dHippocrate, oubliant leurs querelles, leurs dissentiments, seront plus unis que par le passé et se le prouveront dans de fraternelles agapes, le plus souvent possible.

C'et en se voyant fréquemment, en se touchant les coudes sans parti pris, sans préventions, qu'on apprendra à mieux se connaître, à mieux s'apprécier, à se réunir en faisceau compact pour faire triompher nos programmes.

Voyez quels beaux résultats ont été récemment acquis, au point de vue de l'esprit de solidarité, sous la menace d'un nouveau diplôme et pour la réforme des études médicales : c'est vraiment de bon augure.

Puisse le nouveau calendrier être le point de départ d'une ère meilleure, plus chaude, plus sereine, moins agitée, de façon à ce que de nombreuses pierres blanches en marquent le cours et que les heures sombres d'angoisse et d'hésitation soient au contraire l'exception.

Je n'ose pas envisager l'avenir comme devant être sans nuages ; l'essentiel est que ceux-ci soient vite emportés et n'assombrissent pas trop longtemps le bleu du firmament.

Je ne vous apporte pas d'étrennes, à mon grand regret (il y en aurait trop à donner) ; mais je vous souhaite cordialement de pouvoir vous tirer des difficultés par de la bonne humeur et sans être entamés ; — de garder la fidélité au bien qui a contribué à discipliner votre vie, à l'épandre sur plus de miséreux, avec un intérêt de solidarité toujours plus large, d'accroître encore en vous le sentiment de la dignité humaine ; — d'avoir de nombreuses occasions de revivre par le souvenir les heures agréables et bien remplies du passé, dans le charme endormant et berceur des réminiscences ; de ne pas perdre de vue la route où il y a eu des fleurs, de la joie, du soleil, de quoi éclairer les ténèbres, lorsque tout devient sombre : — de ne plus tendre en vain des lèvres altérées vers cette renovation professionnelle de Tantale, qui fuit toujours et ne cesse de nous échapper ; — enfin, à l'exemple de Gil Blas, de vous attacher les clients qui restent, sinon d'amuser les gens qui passent, de leur plaire aujourd'hui et de recommencer demain.

Je vous souhaite d'avoir l'initiative qui crée, qui produit, le courage qui fait affronter, la persévérance qui soutient et empêche les défaillances. Cela vous permettra d'envisager l'inconnu sans appréhension, puisque le succès est aux confiants, aux croyants, qui sont d'ordinaire les actifs et les triomphateurs.

Le progrès est certain, irrésistible ; mais il obéit à la loi du temps qui n'a point les mêmes raisons que nous de se hâter, qui va son train, sans que nos objurgations, nos colères, nos espérances ou nos désespoirs l'influencent.

C'est une sottise immorale et pervertissante de répéter sans cesse que l'avenir n'est à personne : « Formule inexacte, lâche, dangereuse, derrière laquelle tous les faibles s'abritent, écrit Georges Lecomte. Il est grand temps de soigner ces perversités de l'esprit, de bousculer toutes les déprimantes formules. Apprenons aux hommes que, contrairement à l'adage, l'avenir est à eux, qu'ils en sont chaque jour les propres artisans. »

soluble dans l'alcool absolu, la glycérine, les huiles. l'huile de foie de morue, dont 1 kilogr. peut disssoudre 740 gr. de phosphotal — Ses propriétés antiseptiques et microbicides sont très puissantes ; elles sont de 5 p 1000 et probablement dues à l'acide phosphoreux aussi bien qu'à la créosote. La toxicité du phosphotal est très peu accusée, pour ne pas dire nulle ; elle est en tout cas bien inférieure à celle de la créosote. Les fonctions digestives et assimilatrices sont accrues d'une manière remarquable sous son influence. D'ailleurs, le phosphotal passe inaltéré dans l'estomac, quand le contenu en est acide, et ce n'est que dans le milieu alcalin de l'intestin que cette substance se dédouble en créosote et en phosphites alcalins. L'élimination de la créosote se fait en grande partie par le rein. On n'a jamais constaté de phénomèmes d'accumulation, à moins que l'on ait employé des doses massives : le phosphotal n'irrite pas le rein, même dans les cas d'albuminurie légère.

Il faut noter une action très nette du phosphotal sur le vascularisation du poumon, les hémoptysies contre-indiquent donc son emploi.

M. le Dr Bernheim a publié dans la *Revue Internationale de la tuberculose* les résultats qu'il a obtenus chez un grand nombre de tuberculeux à différents degrés, et les observations qu'il a citées paraissent fort démonstratives en faveur de l'efficacité du phosphotal. Voici d'ailleurs ses conclusions :

« Dans la thérapeutique antituberculeuse actuelle, il ne faut pas se tenir uniquement au régime hygiéno-diététique. Il existe certaines adjuvances médicamenteuses qui ne sont pas à dédaigner et qu'il ne faut pas délaisser systématiquement. La médication phospho-créosotée entre dans cette catégorie d'agents. Son action est double. Le phosphite vise à la fois la transformation du terrain tuberculeux et la modification de l'hypersécrétion des bronches. « Or la physiopathologie nous apprend que le terrain tuberculeux est déminéralisé, en état de déperdition phosphorée, hypoacide et hypercombурant.

« En conséquence, on devra le reminéraliser, modérer ses pertes phosphatiques, modifier son humorisme dans le sens d'une hyperacidité défensive. modérer les échanges respiratoires.

« Ces indications sont réalisées par la médication phospho-créosotée.

« Celle-ci comporte deux agents médicamenteux également efficaces : *a*) le phosphate de créosote qui a donné de très beaux succès thérapeutiques, mais dont l'administration prolongée entraîne souvent des effets cumulatifs qui se traduisent par de longues et douloureuses polynévrites d'origine toxique ; *b*) le phosphite de créosote qui a une efficacité au moins égale et qui, étant mieux absorbé, mieux réparti et plus régulièrement éliminé, ne provoque jamais ni accumulation, ni intolérance, ni névrites. Son emploi est des plus aisés.

« On peut l'administrer sous forme de capsules glutineuses, par la bouche ; d'émulsion en lavements ; de solution huileuse par voie hypodermique.

« La dose optima paraît être de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour en injections sous-cutanées et de 1 à 2 grammes *per os* ou *per rectum*. On peut la maintenir longtemps sans inconvénient, ni danger.

Oui, oui, nous pouvons agir sur notre destinée par nos actes, par nos pensées, notre hygiène morale et physique, par nos lectures, notre travail, en nous efforçant d'être constamment des êtres de raison, de méthode, de bonté et d'énergie.

Quant à l'avenir de notre profession, il sera forcément le résultat de nos efforts collectifs, de notre manière de fraterniser et d'agir avec ensemble, avec plus de charité et de solidarité.

Il est nécessaire que les jeunes ne gaspillent plus à la légère, en francs-tireurs, les forces mal contenues de leur généreux printemps, tout en restant débordants de nobles impatiences, de généreuses ardeurs et d'altières pensées.

Il faut que leurs aînés ne contribuent pas à précipiter la déchéance de leur verte maturité, que les vétérans, surtout ceux qui ont l'autorité d'un nom, aident les débutants avec indulgence, au lieu de les décrier, ne les empêchant pas de tirer parti de leurs enthousiasmes, de leurs primes ferveurs. pour arriver à leur tour à la notoriété, à l'illustration saine et de bon aloi.

C'est presque dire une banalité que de répéter, après tant d'autres, que le bonheur est entre les mains de ceux qui se donnent la peine de le retenir, qui le recherchent dans l'étude, dans le travail sous n'importe quelle forme, et non dans des plaisirs factices, dans une ivresse quelconque, toujours dégradante, dans un lent suicide, car la mort qui met son parafe final aux romans à peine ébauchés comme aux entreprises les plus sérieuses n'est pas la suprême consolatrice. C'est bien plutôt l'activité féconde, qui a le geste auguste du semeur, qui jette sans compter le grain dans le sillon béant d'où il ressortira au centruple, au temps de la moisson.

On prétend que notre pays, comme notre profession, sont en désagrégation, que les germes les plus destructeurs nous ont atteints, que nous sommes gravement malades, n'ayant plus que des apparences de vitalité ; raison de plus pour lutter contre la contagion du mauvais exemple, contre le fléau du découragement qui nous ronge à la base, nous découronne au sommet, nous fait plier comme si nous étions condamnés à l'irrémédiable décadence, à la disparition fatale. C'est le moment où jamais d'avancer par masse compacte, avec action disciplinée, pour rechercher des viatiques et ne pas déserter la tâche, jusqu'à l'heure toujours trop hâtive où la sombre faucheuse nous apportera le don généralement peu souhaité, non pas simplement du repos hebdomadaire, mais du repos infini.

Recommençons la marche en avant en nous touchant fraternellement les coudes ; sachons vouloir, sachons oser, sans nous laisser amollir par des craintes ou des fadaises hors de saison. Je suis pour l'ardente fusion des cœurs, en vue d'obtenir la plus haute efficacité de nos énergies.

Je termine, en relevant la réflexion suivante, que j'emprunte aux lettres de Georges Sand à sa fille Solange : « Il faut avoir quelque bout d'idéal en soi et le développer. Comment avaler l'horreur de la vie générale, si on n'a un coin pour se réfugier contre ses caprices ? Le coin matériel, le *hôme* ne suffit pas. Il y a le nid intérieur, le petit sanctuaire, la petite pagode intellectuelle, que l'âme se bâtit qu'elle orne à sa guise, et où elle entre de temps en temps pour s'absorber et se refaire. »

Puissiez-vous, avec la bonne dame de Nohant acquérir « ce je ne sais quoi de plaisant, d'adouci et de lointain, des esprits supérieurs qui sourient à l'éternité toute proche et qui se laissent délicieusement vieillir, en n'ayant qu'un regret, de n'avoir pas eu plus de temps pour *admirer*, car tout est beau et intéressant dans la nature. »

. . . .

Encore une fois, bonne année, bonnes années !

Dr Grellety (de Vichy).

« En général, on fera le traitement continu de trois semaines par mois, avec repos la quatrième semaine. Les résultats thérapeutiques obtenus par de nombreux cliniciens ont été excellents chez la plupart des malades soumis à la médication phospho-créosotée, qui est fort bien tolérée et qui agit chez un grand nombre souvent même dans les formes les plus avancés de la tuberculose. Inoffensif, le phosphite de créosote exerce une influence et sur l'état général et sur l'état local du malade. »

« Il agit en modifiant le terrain hypoacide qu'il transforme par sa teneur d'acide phosphoreux en terrain hyperacide; il facilite la surnutrition et augmente ainsi la phagocytose. Mais ce qui domine parmi toutes ses qualités d'agent antituberculeux, c'est sa puissance anti-catarrhale, c'est son action sur les crachats qu'il tarit ou du moins dont il diminue singulièrement la quantité et modifie la mauvaise qualité en supprimant les associés du baclle de Koch. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

OPHTALMOLOGIE

L'ophtalmie sympathique,

par le Docteur F. Cosse,
Oculiste de l'Hôpital de Tours,
Secrétaire du Syndicat des oculistes français.

On désigne sous le nom d'« ophtalmie sympathique » des phénomènes d'ordre réflexe et des inflammations plastiques ou séreuses développées dans un œil sain sous l'influence d'une inflammation de son congénère.

L'ophtalmie sympathique avait été entrevue par Saint-Yves et par Demours, mais ce n'est guère qu'à l'apparition du *Traité* de Mackenzie que les descriptions des formes diverses prennent place dans le cadre nosologique des affections oculaires.

Au point de vue étiologique, il faut tenir compte d'une sorte d'idiosyncrasie du sujet, qui se manifeste par sa tolérance des corps étrangers et sa résistance à l'envahissement microbien. C'est probablement pour ces deux raisons que les vieillards semblent y être plus exposés, d'après Panas. Il est vrai que cette influence de l'âge est loin d'être établie.

La cause principale, presque exclusive, de l'ophtalmie sympathique est le traumatisme, portant le plus souvent sur le globe oculaire, mais pouvant s'exercer plus ou moins loin de lui, comme dans un cas de Dransart, où la lésion initiale intéressait la branche ophtalmique.

Les plaies les plus redoutables sont celles qui sont irrégulières, s'accompagnent d'un enclavement de l'iris, siègent dans la région ciliaire, celles qui sont malpropres et se compliquent de la présence d'un corps étranger intra-oculaire. On l'a signalée consécutivement à l'emploi de pièces prothétiques dont on aurait coiffé de vieux moignons.

Il ne faut, toutefois, pas faire de l'ophtalmie sympathique une affection exclusivement consécutive à un traumatisme. On a noté des cas de sympathisation survenus après des lésions spontanées, telles que les sarcomes choroïdiens, les lésions atrophiques du globe avec dégénérescence osseuse et inflammation des nerfs ciliaires.

Quelles sont les lésions les plus fréquentes de *l'œil sympathisant* ?

Dans un premier groupe, nous classerons celles dans lesquelles il n'y a aucune communication avec l'extérieur. C'est ainsi que Deutschmann et Panas ont invoqué l'influence du zona ophtalmique. D'autres lésions rentrent dans cette catégorie. Ce sont les symblépharons, les sarcomes et les gliomes cavitaires, la tuberculose, la lèpre, l'ophtalmie blennorrhagique, le cysticerque, dans un cas de Jacobson. Nous signalerons également les ruptures sous-conjonctivales, les ossifications de la choroïde, le glaucome.

Dans un deuxième groupe se rangent les plaies ouvertes, tant accidentelles qu'opératoires. Dans ce cas, l'œil s'enflamme et est le siège d'une iridocyclite.

Il faut noter, parmi les causes de l'ophtalmie sympathique, la plus grande influence des inflammations plastiques sur les inflammations purulentes. Deutschmann explique ce fait par la destruction des micro-organismes par le pus et leur expulsion hors de l'œil par la perforation produite. Cette explication a été démontrée inexacte par Rimpler.

La durée d'incubation de l'ophtalmie sympathique est des plus variables. Parfois elle apparaît entre 15 jours et 6 mois après l'accident initial, mais, dans d'autres cas, on l'a vue apparaître jusqu'à 40 ans après l'affection de l'œil sympathisant. Le plus souvent, dans ce cas, elle est produite par l'inflammation d'un moignon atrophié.

La pathogénie de l'ophtalmie sympathique n'a été bien étudiée que depuis Mackenzie.

Mackenzie envisage comme probable le transfert de l'affection par les nerfs optiques et le chiasma.

Arlt et Tavignot en font une pure névralgie réflexe donnant lieu à une inflammation. Cette opinion devint classique à la suite des recherches anatomiques de Muller, qui trouve le nerf optique atrophié et les nerfs ciliaires intacts.

Vulpian et Snellen pensaient à une augmentation de tension et à des désordres vasculaires dans le congénère, par suite de l'excitation des nerfs sensitifs.

Deutschmann, ayant, après des injections oculaires d'aspergillus et de staphylocoques, produit une double névrite, conclut à la migration des microbes le long du nerf optique jusqu'au chiasma et, de là, à l'autre œil.

De nombreux observateurs, n'ayant pu sur-

prendre les microbes dans leur marche, repoussèrent cette théorie. De leur nombre fut de Graefe qui attribuait la sympathisation à une altération générale du sang.

Zimmermann, cependant, dans une observation récente, appuyée de constatations anatomiques portant sur les deux yeux et le chiasma, appuie la théorie migratrice de Deutschmann. Mais cette observation est critiquable et est loin de juger la question.

Bach, après de nombreuses expériences, ne put constater la propagation des microbes d'un œil à l'autre par les gaines du nerf optique. De plus, il a toujours obtenu un résultat négatif dans l'examen bactériologique des globes oculaires et des nerfs optiques enlevés au cours d'une opthalmie sympathique.

Pour Panas, il faut voir deux facteurs principaux dans la pathogénie de l'ophtalmie sympathique : 1° une réceptivité morbide spéciale de l'œil sympathisé par excitation vaso-motrice venue de l'œil sympathisant ; 2° une infection de l'œil sympathisé par des principes chimiques ou des microbes provenant de la circulation générale.

Tout récemment, le professeur Motais vient de remettre en état la question, à laquelle il semble avoir fait faire un progrès très sérieux.

Pour lui, l'agent essentiel de la sympathisation ne peut être qu'un microbe ou sa toxine, peut-être même les deux réunis.

Restait à savoir par quelle voie le transfert de l'agent infectieux d'un œil à l'autre peut se faire.

Motais, négligeant les études anatomo-pathologiques dont s'inspirèrent la plupart de ses devanciers, mit à profit sa grande connaissance de l'anatomie normale de la région oculaire pour établir, par de fort belles dissections, que le transfert peut se faire par le réseau veineux orbitaire, si développé, si riche en larges anastomoses. Il a démontré, en effet, que l'arcade nasale faisait communiquer les veines angulaires entre elles et que les sinus coronaire et occipital transverses établissaient une large ouverture entre les sinus caverneux. Le circuit veineux relie les deux vaso-vorticosa et, par suite, les deux systèmes uvéens, dont le rôle est si important dans l'ophtalmie sympathique, ce qui explique la très grande fréquence de l'irido-cyclite au début de l'affection.

A notre avis personnel, il y a lieu de fonder les plus grandes espérances sur ces résultats, qui jettent un jour nouveau sur la pathogénie de cette affection redoutable et qui pourront être mis à profit dans son traitement.

Au point de vue de la symptomatologie, nous diviserons les signes cliniques en deux groupes : les uns qui se rattachent à la période d'irritations sympathiques, et les autres au stade de l'ophtalmie sympathique confirmée.

Les phénomènes d'irritation sympathique se traduisent par une légère infection conjonctivale et épisclérale, de la photophobie, de la photopsie du larmoiement et de l'asthénopie.

Ces phénomènes apparaissent et disparaissent périodiquement. Ils peuvent précéder l'ophtalmie sympathique, mais cela est loin d'être la règle, et il n'est pas rare de les voir subsister longtemps sans jamais atteindre ce but.

L'ophtalmie sympathique véritable apparaît souvent sans prodromes. Parfois elle s'accompagne de douleurs dans la région orbitaire, en même temps que le malade se plaint de troubles généraux graves. Sa marche est donc aiguë ou sourde et lente.

L'ophtalmie sympathique se montre sous deux formes : la forme plastique et la forme séreuse. Elle s'annonce souvent par un point douloureux symétrique à la lésion de l'œil sympathisant, ou encore à la partie supéro-interne. Parfois, mais rarement, on constate en même temps l'hyperhémie de la papille ou mieux de la papillo-rétinite.

Dans la variété plastique, on retrouve tous les signes de l'irido-cyclite plastique avec synéchies totales ou partielles. En même temps, il se dépose sur l'iris des exsudats abondants. On constate des dépôts dans le vitré, de l'hypohéma et de l'hypopion.

La forme séreuse est moins fréquente, mais les douleurs sont plus vives et rappellent celles du glaucome. Les exsudats sont abondants.

Presque toujours l'affection débute par le segment antérieur, par l'iris, pour, de là, gagner les parties profondes. Quoique très rare, la marche inverse a cependant été signalée.

Anatomiquement, les deux formes, plastique et séreuse, sont combinées, ainsi que l'ont montré Brailey, de Greafe et Schmidt-Rimpler.

Dans quelques formes rares, on a constaté des conjonctivites. kératites, rétinites, atrophies papillaires, décollements de la rétine et des cataractes, voire même du glaucome.

Chevalier, dans l'*Ophtalmologie provinciale*, a relaté un certain nombre de cas de ces formes anormales d'ophtalmie sympathique.

Le diagnostic devra s'appliquer à reconnaître la nature des désordres et à en préciser leurs causes.

Il ne faut pas voir l'ophtalmie sympathique toutes les fois que l'œil opposé est intéressé, et il ne faut pas non plus méconnaître l'importance de légers accidents capables d'entraîner des accidents sympathiques.

Le pronostic est toujours très sérieux, surtout dans la forme plastique.

Ce qui domine la thérapeutique de l'ophtalmie sympathique, c'est la suppression immédiate de l'œil sympathisant. Quelques auteurs ont essayé par des moyens divers de conserver cet organe, mais, aujourd'hui, il est reconnu que, seule, l'énucléation complète *de l'œil est recommandable.*

Il ne faudra pas se borner là, et l'œil sympathisé devra être l'objet d'une attention très suivie.

On combattra par tous les moyens l'inflammation séreuse ou plastique de cet œil par l'atropine, les affusions chaudes, les émissions sanguines, les injections sous-conjonctivales d'hydrargyre. Et, cependant, les cas ne sont pas exceptionnels où l'énucléation et le traitement très sérieux de l'œil sympathisé n'ont pu enrayer l'affection et l'empêcher d'aboutir à la cécité complète.

Une question se pose donc en face de tout traumatisme sérieux d'un œil .Doit-on, en prévision d'une ophtalmie sympathique possible, en pratiquer l'énucléation. Si l'acuité de cet œil existe encore à un degré quelconque, il faut évidemment attendre avant de supprimer un œil qui voit et ne sera peut-être pas dangereux. Si, au contraire, toute vision est définitivement supprimée dans cet œil, on doit, à mon avis, guider sa règle de conduite sur les conditions sociales du

malade. Si celui-ci est loin de l'oculiste et d'une surveillance médicale quelconque, s'il n'est pas soigneux de sa personne et ne s'observe pas suffisamment pour constater l'existence d'un signe de début de l'ophtalmie sympathique dès son apparition, s'il ne comprend pas les dangers de la conservation de cet œil, il faudra énucléer. Dans le cas contraire on pourra attendre, en avertissant toutefois le malade des dangers qu'il court. (*Ann. méd. chir. du Centre.*)

THÉRAPEUTIQUE

La méthode de Bier par la stase veineuse

Par le docteur Villemin,
Chirurgien des hôpitaux.

C'est en 1892 que Bier eut l'idée d'appliquer l'hyperémie à la cure des lésions tuberculeuses d'ordre chirurgical. Avant lui, Dumreicher, Nicoladoni, Bruns, Thomas, Helferich, l'avaient employée, mais c'était dans le but de provoquer ou d'accélérer la formation du cal dans les retards de consolidation des fractures.

Dès 1892, Zeller, von Esmarch, Kœnig, Mikulicz, Tillmanns, Hildebrandt, Petersen, Trinckler publiaient des résultats favorables à la méthode. Tout récemment, en 1905, Derlin, Lossen, Hirsch, Joseph, Hoffmann, étudiaient son action dans les inflammations aiguës.

Au début Bier eut recours à l'hyperhémie active et, pour l'obtenir, s'adressa à la chaleur. Successivement il utilisa les enveloppements chauds, secs ou humides, avec la boue, le sable, l'eau, etc. Mais il reconnut que l'agent hyperhémiant par excellence était l'air chaud, mauvais conducteur de la chaleur, possédant un pouvoir calorique très réduit et provoquant toujours une forte sudation qui met à l'abri des brûlures des téguments. Le membre, plongé dans un appareil à air chaud, entre en moiteur à 50°, transpire abondamment entre 60° et 70°, ruisselle à 100°. La rougeur de la peau est irrégulière à 70°, uniforme et vive à 100° ; 114° est la limite de tolérance extrême. A ce traitement succède une sensation de bien-être constante, et durant une heure et plus la température locale reste élevée. L'état général lui-même se trouve influencé : il existe une transpiration sur tout le corps, une élévation thermique de 1/2° à 1°, une accélération du pouls de 8 à 15 pulsations et des mouvements respiratoires de 3 à 5 par minute. Parfois des brûlures au premier ou au second degré se produisent à l'insu du malade, ce qui prouve la suppression des sensations douloureuses par l'hyperhémie ; elles sont en général insignifiantes et guérissent rapidement. Quelquefois, certains sujets anémiques éprouvent des douleurs de tête, de la lassitude, des palpitations, voire même des syncopes, ce qui conduit à faire les séances courtes, quitte à les allonger plus tard, à provoquer l'accoutumance du malade, à le faire reposer avant et après chaque séance et à ne pas faire durer celles-ci plus d'une demi-heure par jour.

Mais Bier ne s'attarda pas longtemps dans l'emploi de ce procédé qui présentait d'assez grandes difficultés techniques. Il mit en pratique l'hyperhémie passive, l'hyperhémie de stase, la « Stauungs hyperaemie », que l'on détermine par une constriction s'exerçant loin du foyer morbide et telle que la circulation en retour seule soit très gênée.

Une bande de caoutchouc de six centimètres de large est enroulée autour du membre loin de l'articulation malade, par exemple pour le poignet au-dessus du coude, pour le pied au-dessus du genou. Dans le but de ménager la peau, il est bon d'en varier un peu l'emplacement à chaque séance. La bande sera appliquée directement sur la peau, sans en superposer les doloires, mais en recouvrant une certaine étendue de la région. La striction doit être énergique, mais pas excessive ; si les douleurs apparaissent, ou si elles augmentent, il faut craindre des accidents d'ordre paralytique ou même gangréneux. Le membre doit devenir et rester bleuâtre, mais sans placards rouges ; on doit sentir les battements du pouls aussi facilement que du côté opposé. Jamais il ne doit y avoir de refroidissement du membre comprimé et le malade doit pouvoir vaquer à ses occupations sans difficultés.

Au début, Bier maintenait la constriction pendant 20 à 22 heures consécutives, se contentant de placer le membre sur un coussin élevé pendant les intervalles de repos. Il reconnut que la stase prolongée déterminait un œdème persistant et aggravait les lésions ; il arriva vite à ne plus utiliser cette longue durée que pour le traitement des inflammations aiguës et se contenta de séances d'une heure ou deux par jour pour les lésions de tuberculose chirurgicale. Pour les tuberculoses ouvertes, les mêmes règles sont applicables ; le pansement doit toujours être contentif, modérément serré.

La durée du traitement est toujours longue ; dans quelques cas exceptionnellement heureux, deux ou trois mois suffisent, mais rarement le bénéfice se fait sentir avant six mois de traitement, souvent un an. Il ne faut interrompre qu'après la disparition de la tuméfaction articulaire et périarticulaire, quand les douleurs ont complètement cessé et lorsque les mouvements sont intégralement revenus.

La constriction à l'aide de la bande en caoutchouc est facile à mettre en pratique sur l'extrémité des membres, mais à leur racine, elle présente des difficultés parfois insurmontables. A la hanche, elle est impossible. Pour l'épaule, il convient d'avoir recours au procédé suivant : un foulard est noué autour du cou ; un tube de caoutchouc gros comme le doigt entoure l'aisselle ; ses deux chefs croisés sur l'épaule se fixent à la cravate et une pince à forcipressure maintient le tout ; une bande en toile passant sous l'aisselle opposée empêche le glissement du système. Pour la tête, la bande passe autour de la partie inférieure du cou, au-dessous du larynx. Elle est plus facile à supporter qu'on ne le supposerait *a priori*. Pour les testicules, un tube élastique s'enroule autour de la racine du scrotum.

Il est inutile de dire que la méthode de Bier a été fort discutée par les chirurgiens, même en Allemagne, Il est certain qu'elle offre d'incontestables avantages, et au premier rang sa simplicité sa facile vulgarisation. Le malade peut se passer du médecin au bout de peu de temps ; il applique la bande lui-même et n'en est pas gêné comme par un appareil. Les douleurs cessent sous l'influence de l'hyperhémie, ce qui amène la suppres

sion des contractures et des attitudes vicieuses ; par suite, on peut réduire la durée de l'immobilisation ou même la supprimer.

Mais il existe aussi des inconvénients. Bier les a exposés au Congrès de Berlin en 1894. Ce sont d'abord des troubles sensitifs, des douleurs plus ou moins vives dues à une faute de technique, à une stase prolongée outre mesure, pendant sept ou huit heures par exemple ; des picotements, des fourmillements causés par une striction excessive ; de l'anesthésie, de l'insensibilité complète parce que la bande est trop serrée. Ensuite ce sont des troubles vasculaires, des plaques bleuâtres, ecchymotiques par extravasations sanguines et dues à une stase trop prolongée. L'œdème chronique facilite l'éclosion de poussées inflammatoires sur la lésion torpide primordiale et reconnaît la même cause ; la position élevée du membre dans l'intervalle des séances y remédie en partie. D'autres fois, le membre devient pâle, exsangue, complètement froid ; on a même observé des accidents de gangrène ; la compression était trop intense. Les troubles trophiques sont d'une importance moindre : l'atrophie musculaire s'observe au niveau du point comprimé : elle disparait par la suppression du traitement jointe à un peu de massage et d'électricité.

Les troubles irritatifs ont plus d'importance. Les lymphangites réticulaires ou tronculaires, les adénites se dissipent assez vite par la suppression du traitement. Mais la méthode hâte la formation des abcès froids, et, ce qui est plus grave, l'hyperproduction des fongosités. Dans les tuberculoses ouvertes, l'aggravation est parfois manifeste, les abcès froids se réchauffent, le pus devient phlegmoneux, la suppuration devient aiguë, la fièvre s'allume ; Bier a vu naître une septicémie mortelle.

Les indications de la méthode de Bier sont multiples ; elles se sont d'ailleurs beaucoup accrues depuis quelque temps. Elles concernent principalement les tuberculoses ostéo-articulaires. Le procédé thérapeutique donne de beaux résultats surtout au début de la maladie est principalement à la main et au coude. Il est encore applicable aux tuberculoses ouvertes avec abcès froids ou fistules ; les fongosités se flétrissent, la membrane pyogène des abcès subit la transforformation fibreuse et ce mode de traitement ne met pas obstacle à l'emploi des injections modificatrices, au contraire.

Sur dix-sept cas de tuberculose du poignet, Bier enregistre quinze guérisons, deux améliorations, sans ankylose ; ce sont les mêmes proportions de succès pour le pied, le coude et l'épaule. Au genou les résultats sont moins bons : sur treize cas traités, huit ont fini par la résection. En général, la durée du traitement a été de neuf à douze mois. Tout récemment (novembre 1905), Chaput et Delbet ont apporté à la Société de chirurgie des faits encourageants : le premier pour deux tumeurs blanches du poignet guéries en un mois, et une tuberculose du genou en voie d'amélioration ; le second pour une tuberculose envahissante de l'éminence thénar, dont la désarticulation du premier métacarpien n'avait pu dépasser les limites et qui fut guérie en trois mois. En revanche, nous avons personnellement observé une synovite tuberculeuse des tendons fléchisseurs de la main qui, au bout de trois mois, n'avait subi aucun changement.

Bier a traité de même des épididymites, des ostéites, des synovites tendineuses tuberculeuses, des lupus, des tuberculoses cutanées et ganglionnaires avec autant de bonheur. Mais il ne s'en est pas tenu là ; dès 1905, il a étendu les indications de son procédé aux suppurations aiguës. Pour elles, il renforce sa méthode technique en l'appliquant dix, douze et jusqu'à vingt-deux heures par jour. Or voici ce qu'il advient, et nous citons textuellement les propres termes de l'auteur : « Le premier effet de notre méthode est une diminution de la douleur qui généralement se manifeste très rapidement et est particulièrement frappante dans les arthrites suppurées et dans les phlegmons des gaînes tendineuses. Il n'y a pas à s'effrayer à la vue de la tuméfaction considérable et de l'œdème rouge feu qui occupe le membre malade. En tous cas le malade se déclare satisfait parce qu'il ne souffre plus.

« Sur les suppurations, l'hyperhèmie veineuse agit d'une façon véritable. Quelquefois elle les arrête et en amène la résorption ; dans d'autres cas elle transforme les abcès chauds en froids et le pus en sérosité ; parfois elle accomplit l'assèchement rapide des plaies ; généralement elle exagère la suppuration qui devient séreuse ou crémeuse. La suppuration évolue rapidement sous l'influence de l'hyperhémie veineuse. Celle-ci provoque l'élimination rapide de tissus nécrosés et conserve, ce qui est plus important, les autres tissus ceux dont le sacrifice nous paraissait, avec les procédés classiques, tout à fait naturel et inévitable. En outre l'hyperhémie veineuse possède au plus haut degré la propriété de localiser la suppuration et d'éviter ainsi aux malades les grandes incisions. Elle rétablit enfin les fonctions des parties malades à un degré de perfection qui n'a jamais été atteint par les procédés classiques ».

La sérénité et l'assurance imperturbable avec laquelle l'auteur affirme la toute puissance de sa technique, s'expliquent par la conviction qu'il possède d'être l'inventeur d'une méthode destinée à supplanter presque tous les procédés de thérapeutique chirurgicale actuellement en usage. Voici un exemple de cette méthode de traitement. Si un malade se présente avec une collection purulents intra-articulaire, on pratique une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz pour établir le diagnostic bactériologique, et puis sans plus s'occuper de l'épanchement purulent, sans immobiliser le membre, on place la bande de caoutchouc et au contraire on procède à la mobilisation passive de l'articulation qui devient souple et indolore sous l'influence de la stase veineuse. Le traitement est le même quand l'articulation a été incisée ou qu'il y a des fistules ; on se contente de l'entourer d'un pansement aseptique devant absorber les sécrétions qui augmentent sous l'influence de l'hyperhémie veineuse et des mouvements passifs.

Dans les arthrites aiguës et suraiguës, surtout dans celles qui relèvent de l'infection gonococcique, la cessation des douleurs n'est que le prélude d'une guérison qui s'obtient très vite avec retour intégral de tous les mouvements de la jointure. Dans les phlegmons des gaînes de la main, l'application de la bande avant la formation du pus facilite la résorption de ce dernier, s'oppose à tous les accidents, empêche les rétractions tendineuses. Toutes les plaies infectées, les furoncles, la lymphangite, l'adénite, l'érysipèle sont

justiciables de cet universel procédé. L'hyperhémie céphalique guérit les otites moyennes et conjure leurs complications mastoïdiennes ; la trépanation devient inutile et tout au plus est-il nécessaire de donner issue au pus s'il vient à se collecter sous la peau.

Enfin voici qui tient presque du prodige : l'ostéo-myélite, même avec arthrite suppurée, même avec décollements épiphysaires guérit sans intervention sur les os et sans nécrose. Sur quatorze cas traités par Bier lui-même quatre ont eu des séquestres, un seul s'est terminé par une pyohémie mortelle. Evidemment les effets de ce traitement sont merveilleux.

Ils sont même si surprenants qu'on a cherché à l'appliquer à toutes les maladies et à tous les organes.

Le docteur Thoris emploie la bande élastique deux fois par jour pendant dix minutes pour le traitement des plaies contuses de la jambe par coup de pied de cheval. Tout d'abord la plaie s'élargit notablement, les bords se gonflent et bleuissent ; le fond s'humecte et des gouttes de sérosité citrine, quelquefois sanguinolente, surgissent. En dernier lieu, le contour de la plaie s'arrondit vers le fond et devient d'un violet noirâtre. Après cinq minutes, on ne constate plus aucun changement apparent. Mais au bout de trois ou quatre jours de ce traitement la modification locale prend un aspect tout différent. La plaie se revêt d'un espèce d'enduit, de vernis sec, prend une teinte rose vif et, de circulaire, devient d'un jour à l'autre elliptique puis linéaire. En quatre ou cinq jours la cicatrisation s'achève ; la cicatrice est presque invisible, non pigmentée et d'une grande solidité.

D'après le docteur Deutschländer, l'emploi systématique de la stase hyperhémique donne les résultats les plus encourageants dans le traitement des fractures. Il aurait notamment pour effet d'accélérer de beaucoup la formation du cal ; la stase hyperhémique diminuant d'ailleurs les douleurs au niveau de la région atteinte, la mobilisation des différentes articulations serait notablement plus précoce et plus étendue ; enfin l'application de la méthode en question préviendrait parfaitement l'atrophie des masses musculaires. La stase doit durer six à huit heures par jour avec une courte interruption vers le milieu de la séance. Chez un enfant de dix ans qui avait subi l'ostéotomie des deux fémurs et des deux tibias pour des déformations d'origine ostéomalacique, la consolidation était parfaite au bout de six semaines grâce à la stase hyperhémique. Chez dix autres sujets atteints de fractures ordinaires, la consolidation fut complète en un temps relativement court et le résultat fonctionnel excellent.

Bauer (de Vienne), Rudolph (de Heilbronn), J. Evermann (de Bonn), appliquent l'hyperhémie veineuse à ln cure des processus inflammatoires du corps et du col de l'utérus. Ils la produiesent de deux façons, par l'action thermique de l'air surchauffé, et par la succion, l'aspiration. Ils emploient pour l'action thermique un spéculum rond, cloisonné horizontalement, où l'air surchauffé arrive par un compartiment et s'échape par un autre ; pour l'aspiration, un spéculum fermé à sa base par un bouchon qui laisse passer un tube réuni à une pompe à vide. Le degré de raréfaction de l'air dans le spéculum et la durée de la séance sont réglés d'après la tolérance de la malade et l'intensité des phénomènes de congestion du museau de tanche dans chaque cas en particulier. Cette stase veineuse artificielle n'a exercé aucune influence sur les érosions du col, mais elle a par contre produit des effets nettement favorables dans les endométrites cervicales et les métrites chroniques, notamment en ce qui concerne les douleurs qui disparaissent souvent déjà après un petit nombre de séances.

Pour la tuberculose pulmonaire, Wassermann utilise un respirateur particulier pourvu d'une soupape et fait de telle sorte que, dans l'inspiration, l'air ne pénètre que lentement dans le poumon, tandis que l'expiration se fait normalement sans entrave. Cette inspiration prolongée d'après Wassermann, réaliserait l'hyperhémie veineuse du poumon par le mécanisme suivant : la pression intrathoracique est diminuée, le cœur se dilate, le sang veineux affflue au cœur droit dilaté et remplit les vaisseaux pulmonaires, d'où la stase veineuse de la petite circulation. Le murmure vésiculaire devient plus doux, de fins râles humides apparaissent et traduisent cliniquement les modifications circulatoires produites. Les séances ne doivent durer qu'un quart d'heure, mais sont renouvelées six ou huit fois par jour. Jamais l'auteur n'a observé d'accident, ni hémoptysies, ni toux. Seulement, comme les malades étaient soumis en même temps à la cure d'air, à la suralimentation, et au traitement général imposé à tous les phtisiques, il serait prématuré de porter un jugement sur les résultats du docteur Wassermann.

Jusqu'alors on en est réduit aux hypothèses pour expliquer le mode d'action de l'hyperhémie veineuse. Dans son laboratoire, Bier a a fait faire l'étude de son mécanisme. La quantité de sérosité que la transsudation fait passer dans un membre serré à sa racine varie de 200 centimètres cubes pour le bras d'une femme maigre, jusqu'à 850 centimètres cubes pour celui d'un ouvrier vigoureux. On a cherché à expliquer l'action curatrice de la stase dans la tuberculose et dans les infections en invoquant la propriété bactéricide de la sérosité. Fehleisen, Zimmermann, Notzel, n'ont jamais trouvé de bactéries dans le liquide des œdèmes au voisinage des foyers d'infection. Zuntz et plus récemment Hamburger ont démontré que lorsqu'on fait traverser le sang par de l'acide carbonique, le sérum devient plus riche en alcali et les globules rouges plus pauvres. Cela tient vraisemblablement à ce que les alcalins combinés à l'état d'albuminates peu diffusibles sous cette forme, sont rendus plus diffusibles par l'acide carbonique, et abandonnent ensuite les globules rouges en voie de boursouflement pour se répandre dans le sérum. Or, de différents côtés, on a prétendu que le pouvoir bactéricide du sang était en raison directe de l'alcalescence de cette humeur. M. Hamburger a été ainsi conduit à rechercher si le sang, quand il a été traité par l'acide carbonique et qu'il est devenu plus riche en alcali diffusible, possède un pouvoir bactéricide plus grand que le sang normal. Dans les expériences qu'il a instituées pour élucider cette question, le pouvoir bactéricide du sang a été prouvé sur le staphylocoque doré et sur la bactéridie charbonneuse ; les résultats ont été conformes aux prévisions ; non seulement le sang veineux est doué d'un pouvoir bactéricide plus puissant que le sang artériel, mais il en est de même

de la lymphe provenant d'un foyer d'œdème consécutif à une stase veineuse. Il semble donc démontré que non seulement la stase veineuse, mais encore l'inflammation qui entraîne un ralentissement du cours du sang et une accumulation d'acide carbonique dans ce liquide, a pour effet d'augmenter le pouvoir bactéricide de la sérosité inflammatoire. A l'instar des globules rouges, les globules blancs et les cellules lymphoïdes possèdent la prpriété de gonfler sous l'influence de l'acide carbonique et d'abandonner leurs éléments alcalins. Il semble que ces phénomènes soient l'indice d'une organisation protectrice ayant pour objet la défense de l'organisme contre les microbes pathogènes.

M. Joseph, préparateur de Bier, prétend que les toxines sécrétées par les bactéries dans le foyer d'infection passent dans la sérosité et celle-ci devient un milieu toxique impropre à la vie et au développement des microbes. Dans cette sérosité le poison bactérien est dilué et l'œdème crée des conditions défavorables à l'absorption.

En résumé, l'hyperhémie veineuse agit de trois manières : 1° elle amène par auto-intoxication la destruction des agents infectieux ; 2° elle dilue et rend presque inoffensifs ces poisons ; 3° elle gêne l'absorption de ces toxines. L'œdème est donc un moyen de défense de l'organisme contre l'intoxication et Bier cite à l'appui de cette affirmation celui qui se développe après les piqûres d'insectes, les morsures de serpents, certaines toxi-infections, etc. Si on injecte à des lapins 4 milligrammes de strychnine dans une patte œdématisée, ils survivent, tandis que les témoins meurent en quelques minutes.

M. Hoffmann, autre préparateur de Bier, a examiné au microscope la circulat ion périphérique, et a constaté qu'avant la stase, les capillaires sont bondées de leucocytes, tandis qu'après, les leucocytes avec les microbes qu'ils contiennent, quittent les vaisseaux, et dans les capillaires dilatées, le sang reprend la composition histologique normale.

(*La Tuberculose infantile.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monopole et fonctionnarisme.

La vaccination.

Par M. le Dr Marcel Durand.

L'organisation du service de la vaccination à Paris et dans le département de la Seine intéresse beaucoup de nos confrères. Ils sont impatients de savoir comment, en ce qui concerne la vaccination obligatoire, sera appliquée la loi du 15 février 1902. L'Administration ne pourra satisfaire leur curiosité légitime tant que la période de discussion et d'élaboration ne sera pas close. Toutefois, une phase importante de cette longue et laborieuse gestation vient de s'accomplir. Elle apporte de précieux éléments pronostiques. Il s'agit du compte rendu de la séance du 30 novembre 1906 du Conseil d'hygiène de la Seine. Lisez-le, mes chers confrères, relisez et méditez. il évoquera sans doute dans votre esprit comme dans le mien une vague souvenance d'histoires anciennes. Vous y reconnaitrez aisément cette hilarante boutade de Sarcey : en Chine il faut 6 fonctionnaires pour casser un tas de cailloux.« Outre le casseur de pierres ,qui est au dernier degré de cette échelle hiérarchique, mais qui n'est regardé que comme un manœuvre, et parfaitement méprisé comme tel, il y a le maître jaugeur qui dispose le tas de cailloux dans la forme voulue ; le contrôleur, qui les examine et qui les compte : le vérificateur. qui les recompte ; l'inspecteur qui surveille ces divers agents, et l'administrateur en chef qui dirige tout après avoir pris les ordres du ministre qui en réfère à l'empereur. Les tas de pierres sont l'ornement de la Chine et font son orgueil, mais ils lui coûtent bon,...»

Eh bien ! la vaccination — non pas cette vaccination vulgaire que pratiquent depuis plus d'un siècle, tous les médecins, toutes les sages-femmes, sans compter les instituteurs d'Algérie — mais la *vacination nouvelle, et gratuite et obligatoire*, l'opération VACCINALE, selon la formule des Grands Maîtres, érigée en dogme administratif, sera, elle aussi, l'ornement de la France et fera son orgueil ! Lisez plutôt le document officiel, page 853 et suivantes : « Le vrai médecin vaccinateur (se méfier des contrefaçons) est dans le cas qui nous occupe, le *médecin du bureau d'hygiène désigné par le préfet* pour diriger le service vaccinal ; tous les autres vaccinateurs ne sont que ses COADJUTEURS, *et doivent pratiquer le mode de vaccination qu'il leur prescrit* sur les indications du Conseil d'hygiène publique et de salubrité.»

La fonction de *médecin coadjuteur* étant nouvelle il convient de la bien définir. Littré, qui fait autorité en la matière, dit : « *Coadjuteur : ecclésiastique nommé pour aider un évêque ou un archevêque dans les fonctions épiscopales* ».

Voilà qui est clair : le médecin «coadjuteur» opérera selon le rite du Grand Prêtre ! *Sacerdos maximus.*

Ainsi donc, la hiérarchie vaccinale comprendra :

Tout en haut, le Grand Conseil d'Hygiène ;
En dessous, le Bureau d'Hygiène;
Plus bas, la COADJUTORERIE ! mandarins à bouton de rubis, à bouton de nacre, à bouton de cristal!

Cette hiérarchie — génératrice de discipline forte — est confirmée par la conclusion n° 5 du rapporteur, *Les médecins vaccinateurs seront nommés chaque année sur la proposition du directeur de vaccine* : page 858.

Enfin à la page 856, l'organisateur a prévu un dernier mandarinat, plus modeste, à bouton de cuir bouilli. Il comprendra les aides des médecins coadjuteurs. «Ils seront aidés par des *infirmiers ou des* infirmières *spécialement instruits à ce sujet*. On va ouvrir une Ecole spéciale et créer un diplome !

Ce projet est, comme vous le voyez, oh confrères ! d'une belle ordonnance !

Pourtant il y a une lacune. Il faudra bien encourager le zèle, et récompenser le dévouement de ce personnel nouveau, si admirablement hiérarchisé et si fortement discipliné. Pour cela, la création d'une nouvelle décoration s'impose Il faut une «croix du mérite vaccinal» Nous renvoyons le projet au ministre compétent, évidemment celui de l'Agriculture, vaccin venant de *vacca, vache* ! Le ruban sera couleur chamois et tissé en poil de veau.

Le voilà bien le péril jaune ; et Sarcey l'avait prévu.

En lisant dans le « *Bulletin Médical* » ces spirituelles réflexions d'un confrère qui est, ne vous en déplaise, conseiller général de la Seine, nous nous sommes demandé si le moment n'était pas venu, pour les médecins parisiens, de généraliser un peu le mouvement de révolte contre toute cette médecine électorale et officielle dont ils sont devenus les vulgaires agents, perdant chaque jour

une parcelle de leur indépendance, s'enrégimentant ici et là au point de se trouver, à certaines heures, tirés à droite par ce qu'ils doivent à leur client, mais plus vivement rappelés à gauchepar les devoirs de la fonction publique qui les enchaine.

Très bizarre est l'impression que causent au praticien de province, vieilli dans le rôle de médecin de famille, les mille sujétions que s'impose le confrère de Paris, les réglementations de toute espèce à travers lesquelles il doit se faufiler; les mots d'ordre qu'il accepte du premier venu : et avec résignation, ma foi, en homme bien imprégné du culte aveugle pour le fonctionnarisme, la spécialisation, les concours et tous autres éléments constitutifs des hiérarchies et des mandarinats.

Constatation des naissances et des décès ; inspection médicale des écoles; soins aux assistés ; expertises médico-légales; vaccinations ; dépistage et traitement de la tuberculose; puériculture brevetée; chirurgie des accidents du travail; accouchements; sérothérapies; que sais-je encore, tout cela est distrait du domaine habituel du médecin de famille en faveur de certains monopolisateurs. Le drainage s'organise en créant quelque examen spécial (oh combien sérieux !) dont les vainqueurs forment ensuite un groupement fermé; ou bien à la faveur des accointances municipales et administratives ; ou par création d'établissements à la mode, école de ceci, clinique de cela, dispensaire d'autre chose. L'hôpital prend tout ce qui reste et s'ouvre à tout venant.

Si bien que nous nous demandons, nous, les praticiens de Carpentras et de Fouilly-les Oies, ce que peut bien soigner, dans Paris, le médecin qui n'a mordu à aucun des gâteaux du fonctionnarisme et de la monopolisation.

Ce serait une tâche digne du *Bulletin Médical* et de M. le Dr Marcel Durand, d'aller voir dans chaque branche de la médecine publique, de l'hygiène et de l'assistance, à quelles beautés conduisent les mœurs médicales actuelles de la grande ville.

Il y a même quelque urgence à l'entreprendre, quand on est bien placé pour cela, car le Conseil Général de la Seine, dont nous avons les procès-verbaux sous les yeux, prépare encore la création d'un lot de fonctionnaires, hygiénistes officiels en statistique, paperasserie et désinfections sensationnelles, qui vont se livrer à de nouvelles incursions sur notre domaine dans les familles, en vue de l'application de la loi de 1902.

Le rôle de prophète est toujours ingrat. M'est avis toutefois qu'une revue comme celle que je réclame aboutira fatalement à cette conclusion.

« Si l'on veut organiser *avec résultats certains* « des services publics de médecine, d'hygiène, « d'assistance, il faut le faire, non pas contre le « médecin de famille ou sans lui, mais avec lui, « avec son concours assuré et rétribué, comme « l'Angleterre l'a compris et pratiqué depuis 1875

« Hors de là il n'y aura que stériles vexations et « développement intensif du parasitisme bureau« cratique ou bien, suivant une autre tendance, « caporalisme ridicule en antagonisme absolu, « absolu avec notre caractère et la forme de no« tre gouvernement. »

H. J.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

L'*Express de l'Ouest*, journal de Nantes, donnait récemment un article de tête qui ne lui gagnera pas les faveurs de la Fédération Nationale de la Mutualité, car il définit trop crument, comme les médecins eux mêmes, le vice de tout un système social qui tiendra peut-être encore quelque temps par la façade, mais pour lequel tout clairvoyant désintéressé souhaite une cure radicale.

Quand on porte le drapeau de la prévoyance, il faut prévoir. Avis à ceux qui n'oublient que ce petit détail.

Assistance et Prévoyance

II

Les œuvres de prévoyance ont sur les œuvres d'assistance une supériorité. Elles sont une puissance moralisatrice. Elles me semblent plus conformes à la loi mutuelle et aussi au plan divin. Elles exigent de tous les participants une somme d'efforts personnels. C'est la condition première et indispensable qui donne droit aux avantages que ces institutions confèrent.

La grande loi de la nature : tout homme doit gagner sa vie à la sueur de son front, tout homme doit mériter son bien-être par son travail, cette grande loi qui régit notre condition est à la base des œuvres de prévoyance. Chose singulière, ce principe même reste au second plan dans l'esprit de ceux qui se font les ardents propagateurs des œuvres de prévoyance sociale. Quand il s'agit de fonder une de ces œuvres, si belles et si riches en promesses pour l'apaisement social, on se préoccupe, avant tout, de trouver des dons, subventions des communes et de l'Etat, des organisations existantes comme aussi des particuliers, patrons ou employeurs de toutes sortes. Certes, ces dons et subventions sont nécessaires, indispensables même; mais ne leur laisse-t-on pas une trop large part dans l'apport financier destiné à alimenter la caisse de prévoyance sociale ? Je ne voudrais pas que sous couleur de prévoyance on ne fit que de l'assistance. Car, à mon sens du moins, ce serait une faute grave de propager une erreur ou une illusion.

Beaucoup pourraient croire sincèrement à la puissance de l'effort et de l'appoint qu'on leur demande et raisonner d'après les apparences, alors que la réalité leur montrerait l'infériorité de cet élément vis-à-vis de ce que j'appellerai les « éléments d'à côté ».

Raisonnons sur la mutualité, par exemple. Pour fonder une caisse de secours mutuels, dit-on, il faut trois choses: 1° Trouver des membres honoraires qui donneront sans rien demander ; 2° S'assurer le concours de médecins qui consentiront à établir un tarif réduit en faveur des membres actifs ; 3° Enfin des membres actifs à qui on demandera telle ou telle cotisation. — Eh bien, mais, regardez un peu. Sur trois facteurs d'une mutualité, il en est deux qui donnent plus qu'ils ne reçoivent ; le troisième seul reçoit plus qu'il ne donne : Voilà ce qui m'inquiète et me déconcerte un peu.

Je dis que cela m'inquiète, parce qu'on pourrait, il me semble, et même on devrait, tout au moins, égaliser les forces, en demandant un peu moins au second facteur : service médical, et un peu plus au troisième. Et si on ne le fait pas, on peut prévoir dès maintenant un conflit très grave et très regrettable entre le second et le troisième élément. Déjà le désaccord existe ; il se traduira bientôt par une lutte inévitable entre le corps médical et les sociétés de secours mutuels. Il ne saurait en être autrement, parce que ce rouage, indispensable au

fonctionnement des mutualités, représente toute une catégorie d'individus qui doivent vivre de leur profession et dont les intérêts vont être gravement lésés, jusqu'à l'inacceptable, par le développement du mouvement mutualiste organisé sur de telles bases.

Autrefois, assurément, alors que les associations de ce genre étaient l'exception, les médecins ont pu, sans compromettre leurs intérêts, consentir des tarifs qui ramenaient le prix des visites ou consultations à 1 franc. Ce sont les chiffres avoués par les mutualités elles-mêmes. Mais aujourd'hui, et surtout demain où tout le monde sera mutualiste, le riche et le modeste travailleur, le gros industriel comme le petit commerçant, le médecin ne pourra plus demander aux favorisés de la fortune de compenser dans une certaine mesure les désavantages qu'il a acceptés au profit d'une catégorie d'individus moins fortunés.

Et remarquez que, dans quelque vingt ans, tout le monde sera mutualiste. Quelle sera la situation ? Celle-ci : le corps médical, ne pouvant plus vivre, devra se défendre.

Vous croyez que j'exagère, que je suis de connivence avec les médecins. Dites tout ce que vous voudrez : mais vous ne m'empêcherez pas de vous faire connaître les chiffres suivants qui ont entraîné ma conviction. Un médecin un peu occupé, qui est attaché à un bureau de bienfaisance, qui prête son concours à ces dispensaires, consultations gratuites, etc. (et combien en connaissons-nous dans nos grandes villes), sacrifie tous les ans, sur cette clientèle gratuite ou presque gratuite, de 4 à 5000 francs. Croyez que le chiffre n'est pas exagéré. Vous n'avez qu'à réfléchir un peu. Au bout de trente ans de service médical, cela fait la bagatelle de 120 à 150.000 francs laissés généreusement par le médecin au corps social. S'il faut maintenant lui demander de consentir ces générosités à un nombre de gens toujours grossissant, je comprends très bien l'inquiétude des praticiens et j'accepte la parole de l'un d'eux me disant : qu'il faudra que cela change ou alors qu'ils consentent à ne plus vivre. Et moi, en tout cela, je ne pouvais me défendre de cette idée : *Que ce n'est pas de la mutualité* que nous faisons, mais la *charité* que nous demandons sous une forme déguisée.

Certains diront que cela est abominable ; que la santé est le plus précieux de tous les dons et que les médecins sont des monstres, s'ils se refusent maintenant à ce qui a toujours été ainsi.

Permettez une question ? Avant de se faire soigner, ne faut-il pas manger, et dites-moi, votre boulanger vous vend-il son pain à prix réduit ? Est-ce que le pain n'est pas au même prix pour tout le monde ? Alors ? Si vous ne marchandez pas votre vie, pourquoi voulez-vous tant abaisser sur le prix de votre santé.

Et puis il y a un principe d'équité qui doit dominer tout cela. Car c'est bien de la justice sociale que nous voulons faire, n'est-ce pas ? Et bien, je dis que, telle qu'elle est comprise, la mutualité ne résout pas le problème social : on ne fait que renverser les termes. Il y aura encore une injustice ; hier elle était à gauche, demain elle sera à droite, ce sera toujours la même chose et rien ne sera fait.

D'ailleurs, les sociétés de secours mutuels se heurteront à une défense vigoureuse. Il leur faudra alors donner un peu moins à leurs adhérents, ou leur demander un effort, une cotisation plus élevée pour augmenter leurs frais médicaux. Cela ne se fera pas tout seul dans les anciennes sociétés.

Aussi voudrais-je que, pour les nouvelles, les fondateurs se missent, une bonne fois pour toutes et tout de suite, en face de la réalité, et, par une plus juste observation des situations respectives, fissent tous leurs efforts pour éviter un conflit que je vois fatal.

Que l'on demande des dons, très bien. Ceux-ci sont consentis volontiers ; ils ne lèsent point les intérêts majeurs de ceux qui les font. C'est pour cela que j'appelle l'attention des généreux philanthropes sur l'avantage social qu'il y aurait à augmenter l'avoir des œuvres de prévoyance, plutôt que de fonder des œuvres d'assistance pure : « Tout homme qui attend qu'on le porte n'est pas digne d'être porté. »

Un Nantais.

CORRESPONDANCE

Honoraires ou pourboires

Lettre ouverte d'un médecin à un grand assureur.

O..., le 11 décembre 1906,

Monsieur le directeur de la Cie d'Assurances-vie l'X., Paris.

Vous m'envoyez aujourd'hui une lettre de nomination comme « médecin de votre compagnie » et vous m'informez que vous m'allouerez dix francs pour chaque rapport médical.

Ainsi, vous avez pu supposer que j'allais assumer la responsabilité de toutes les déclarations d'un rapport de ce genre ; me donner la peine d'écrire sous la dictée du candidat à l'assurance, comme un petit élève bien sage, tout ce que ledit candidat déclarera ; souvent, m'évertuer à lui faire comprendre ce que signifient les questions contenues dans vos imprimés ; le faire déshabiller, et uriner en ma présence (ainsi que vous le recommandez expressément) ; examiner soigneusement ses organes les plus intimes ; le palper dans tous les sens et sur toutes les faces ; ausculter, percuter tous ses viscères ; écrire des paragraphes entiers au sujet de chacun d'eux, et finalement risquer de perdre le candidat comme client si mon rapport médical n'est pas favorable à son assurance ; tout celà pour dix francs !

Mais vous-même, Monsieur le Directeur, accepteriez vous de faire seulement la partie matérielle et peu ragoûtante de ce travail, pour ce tarif-là?

Et cependant, même sans parler de la question responsabilité, vous conviendrez qu'il faut au moins antant d'intelligence et de travail pour décrocher le diplôme de docteur en médecine, que pour obtenir un portefeuille d'assurances. Cela est si vrai que, généralement, sauf les très honorables exceptions de ceux qui en font le véritable but de leurs études, il est notoire que les anciens collégiens qui n'ont pu arriver à être ni avocats, ni médecins, ni ingénieurs, ni magistrats, ni savants, ni commerçants, ni littérateurs, ni industriels, ni mécaniciens, etc., se sont réfugiés dans les assurances, où ils font d'ailleurs bonne figure.

D'ailleurs, vous savez tout cela si bien que, par une lettre que j'ai sous les yeux (elle date de 1903) votre Cie. alloue vingt francs habituellement, prix du tarif Jeanne, pour un rapport médical assurance vie. Ces vingt francs sont devenus dix francs en 1906, pourquoi ? C'est là le pourboire d'un concierge qui fait des extras. Encore celui-ci a-t-il l'avantage de goûter aux reliefs du dîner qu'il a servi et de vider le fond des bouteilles de champagne.

Pas de reliefs pour le médecin au banquet des dividendes, le jour des assemblées d'actionnaires des compagnies d'assurances. Il n'y tient pas, d'ailleurs, mais au moins qu'on ne rogne pas sur ses honoraires légitimes pour s'offrir un plat de plus.

Et cependant, il est pour vous un auxiliaire précieux et indispensable, puisque, pour employer vos propres paroles, c'est son avis qui vous guide dans vos décisions dont dépend la prospérité de votre Compagnie.

Vous voudrez donc bien prendre note, Monsieur le directeur, que je fais partie de la cohorte encore très nombreuse, Dieu merci, des médecins qui n'ac-

ceptent pas de pourboire, même d'une compagnie d'assurances.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr X..,

Le mutualiste intéressé à ses dépenses médicales et pharmaceutiques.

Villenauxe (Aube), 28 décembre 1906.

Chers Directeurs,

En vous adressant mes vœux d'une longue vie pour le Concours médical, je tiens à vous remercier du grand dévouement dont vous faites preuve pour nos intérêts professionnels, des excellents articles de toute sorte publiés en 1906. Nous devons espérer que, plus ou moins vite, nous pourrons améliorer assez notablement la situation médicale actuelle en nous aidant les uns les autres. J'ajoute quelques lignes seulement pour vous faire remarquer l'article publié par le Dr Dubost (de Sartilly, Manche) et intitulé : *Pour un concordat*. Comme lui, je propose notamment de laisser un *cinquième* des dépenses aux sociétaires (médicales et pharmaceutiques). Ce sera un *frein*, car les sociétaires sont insatiables, surtout pour avoir des médicaments, puisque ça ne coûte rien ; les dépenses de ce genre pourraient être diminuées, dans leur totalité, d'un bon quart, sur le chiffre habituel.

Mais il faut y joindre ceci : c'est que la Société devra nous payer *intégralement* (puisque nous faisons prix de faveur). C'est à la société à se faire payer du *cinquième* par le sociétaire qui serait rayé de la Société, s'il ne payait pas dans un *temps donné* (plus ou moins long, d'après l'importance de la somme due).

L'idée de mon honorable confrère me parait *très bonne*.

Il y aurait beaucoup moins de *difficultés* avec les Sociétés de S. M. si elles avaient moins de dépenses, grâce à cette réglementation.

Veuillez agréer, etc.

Dr Martinet.

Membre fondateur du Concours.

Une revendication fondée.

Société médicale des Praticiens.

Paris, le 30 décembre.

Cher confrère,

La *Société médicale des Praticiens* n'est pas purement scientifique, mais aussi déontologique. Comme à propos du C. E. M. S. j'ai eu l'occasion de l'écrire au « Concours médical », elle a protesté contre celui-ci, et depuis longtemps, en ma personne en cela suivie unanimement contre maints empiètements; certificats de vaccine des praticiens non admis par tout, diplômes nouveaux de médecin légiste, etc.

Son président sortant, le Dr P. Archambaud a collaboré grandement au Congrès pour la répression de la médecine illégale, et moi-même j'ai pris un peu la parole. C'est vous dire que la *Société médicale des Praticiens* et son nouveau président, revendiquent hautement de prendre part aux grandes discussions d'intérêt professionnel et d'y être régulièrement convoquée ce qui n'a pas été fait jusqu'ici.

Je m'adresse en l'espèce de préférence au *Concours médical*, car il s'est fait une spécialité et une autorité grande de défendre nos intérêts, et, quand il n'est pas l'initiateur, il est des premiers renseignés.

Veuillez agréer, mon cher confrère l'assurance de mes tout dévoués sentiments.

Dr Foyrau de Fourmelle.

Président.

La propagande bien comprise.

Perpignan, le 22 décembre 1906.

Mon cher Directeur et très honoré confrère,

Je suis heureux, à l'occasion du nouvel an, de vous annoncer, en même temps que je vous adresse le montant de mon 21e réabonnement au *Concours médical* et les 2 fr. de la souscription Mignen que j'ai obtenu de mes collègues du conseil départemental d'hygiène l'application pour tout le Roussillon du fumigator.

En second lieu, notre Syndicat médical des Pyrénées-Orientales, mon pays d'origine, réalise chaque jour des progrès sensibles. Il vient d'obtenir par mes soins du Conseil général le *choix du médecin par l'indigent*.

J'ai tout lieu de penser qu'il en sera de même bientôt pour les sociétés de secours mutuels.

L'année 1907 s'annonce donc assez bien.

J'espère qu'elle contribuera, en apportant au Concours médical et à ses œuvres, le même rôle que ses devancières, à resserrer les liens de la démocratie médicale,. Dans cette attente et avec mes meilleurs souhaits de santé et de bonheur, veuillez agréer, mon cher directeur et ami, l'assurance de mes sentiments dévoués et affectueux.

Dr E. B.

Pour le développement des petits hôpitaux.

A Monsieur le docteur Jeanne, directeur du *Concours Médical.*

Veuillez permettre à un de vos vieux abonnés de vous demander un conseil.

Je suis médecin à P... Avec un de mes confrères, nous assurons le service à l'hôpital-hospice durant six mois chacun pour la somme de 400 fr.

Il n'y a pas d'arsenal chirurgical ! Comme aides, on compte un infirmier et trois infirmières qui ne peuvent avoir aucun titre à ce travail spécial. C'est vous dire que toute la besogne incombe au médecin de service.

L'établissement peut recevoir des vieillards, des indigents, quelques malades payants mais très peu fortunés, pour ne pas dire presque indigents, des malades d'entrepreneurs ou de secours mutuels et aussi des blessés pour lesquels M. le Préfet a fixé le taux à 1 fr. 90 par jour.

Toujours, les blessés admis à l'hospice rentrent dans la catégorie des cas graves. Parmi ceux-là, il en est qui sont au compte d'un patron ou de la Cie d'assurance qui le garantit.

Qu'arrive-t-il ? C'est que le médecin de service, s'il s'agit d'une amputation de bras, comme le fait vient de se produire, est obligé d'avoir recours à se confrères de la ville pour opérer. Chacun sous la condition de vivre en bonne intelligence. prête son concours de temps, de savoir et d'instruments. Comme le blessé a été opéré à l'hospice, la Compagnie d'assurance ne voudra nullement accepter une note d'honoraires (qui devrait normalement être introduite, car on ne peut, au point de vue des charges, assimiler les hôpitaux cantonaux aux hôpitaux des grandes villes où les services de médecine et de chirurgie sont parfaitement organisé). Ici, cas médicaux, cas chirurgicaux, vieillards, gâteux, malades payants, indigents, idiots, tout est mélangé.

Chaque fois qu'une blessure grave se produit chez une personne peu fortunée et surtout si la responsabilité est couverte par un patron ou une Compagnie d'assurance, nous risquons de la voir évacuer sur l'hôpital pour y recevoir les soins du médecin de service aidé bénévolement par plusieurs confrères de la ville. Vous comprendrez que la réalisation de pareils faits est de nature à porter un préjudice pécuniaire considérable à l'hôpital et même aux médecins de P.., puisque les Cies d'assurances peuvent ne pas faire droit à une demande d'honoraires lé-

gitimée cependant par l'ensemble des soins prodigués à leurs blessés. Voudriez-vous bien m'indiquer le moyen d'obliger, à l'avenir, les compagnies d'assurances à ne pas se soustraire au payement d'une note du médecin traitant dans de pareilles conditions, car on ne peut réellement accepter que pour la somme de 1 fr. 90, leurs blessés aient droit au médecin, au pharmacien et à leur entretien.

Veuillez excuser la liberté que je prends de vous mettre à contribution en cette circonstance, mais votre solution sera probablement très profitable à l'ensemble des hôpitaux cantonaux similaires du nôtre.

Réponse. — Comment se fait-il que, lecteur du *Concours*, vous n'ayez pas encore mis votre hôpital en rapport avec les exigences actuelles ?

Demandez à votre commission de refaire son règlement en collaboration avec vous.

Vous laisserez l'hospice ce qu'il est, mais vous en séparerez l'hôpital, et comme locaux et comme règlement.

Celui-ci doit recevoir : 1° pour les assistés et assimilables *malades* le prix de journée de 1 fr. 90 ; 2° même prix pour les assistés *blessés*. Dans l'un et l'autre cas pas d'honoraires pour les médecins en dehors des 400 fr. qui font l'objet du contrat ancien entre l'établissement et eux.

Mais, pour victimes du travail et autres blessés couverts par des responsables, l'hôpital peut et doit demander un prix de journée de 3 fr. 50.

Avec ce supplément légitime de recettes, il pourra (c'est prévu) : 1° donner une indemnité d'au moins 0.75 par journée de blessé aux médecins ; 2° constituer progressivement et entretenir ensuite un arsenal chirurgical convenable : 3° recruter des infirmières professionnelles.

N'hésitez pas à demander tout cela : l'hôpital y a droit.

Méfions-nous des courtiers d'assurance

Poitiers, le 26 décembre 1906.

Mon cher confrère,

Je suis *de ceux qui lisent* le *Concours* et je m'empresse de faire savoir aux trois confrères exploités par les compagnies d'assurances que j'ai été, comme eux, victime des agissements d'un inspecteur (?), et si cela peut les consoler de leur mésaventure, je vais vous narrer la mienne en quelques mots :

C'était en 1892. J'étais *relativement* jeune et je tenais à augmenter ma clientèle. C'est un sentiment très louable, en somme, quand on a des charges de famille (pourvu que l'on emploie des moyens également louables s'entend). Bref, j'étais dans cet état d'esprit lorsqu'un Monsieur très bien mis, se disant inspecteur d'une compagnie intitulée : L'Union française », se présenta à mon domicile de la part d'un pharmacien de Poitiers. Ce monsieur, venu de Bordeaux, avait des références dont il me fit part. Il me dit qu'il voulait fonder dans le département une succursale de sa compagnie, (assurances-accidents), il venait me demander si j'accepterais de visiter les assurés de cette compagnie, mais, en échange, il m'invitait à souscrire un contrat d'assurances contre les accidents moyennant une cotisation annuelle de 18 francs 65 par an. J'eus la faiblesse de consentir et je reçus quelques jours après une lettre avec en tête et timbre de la Direction. Elle était ainsi conçue :

« Libourne, 27 décembre 1892.

« Monsieur, nous avons l'honneur de vous informer qu'en retour de votre adhésion du 19 courant vous êtes désigné comme médecin de notre Société pour la ville de Poitiers avec le Docteur B,..

Le Directeur de l'Union
(Signature illisible)

P. S. Ci-inclus un exemplaire de votre police avec la quittance qui vous sera prochainement présentée. »

Je reçus, en effet, la quittance qui fut payée par mon ordre mais je ne visitai jamais aucun assuré de la Société.

Au bout d'un an, on me présenta une nouvelle quittance que je refusai de payer, les engagements pris par la Direction n'ayant pas été tenus.

Plusieurs années se passèrent. J'ignorais l'existence de l'*Union française* ! et, du reste, elle ne donnait plus signe de vie.

Onze ans après, c'est-à-dire en 1903, je recevais d'abord une lettre de « la *Mutuelle de Bordeaux* », m'invitant à payer dix ans de cotisations arriérées (?) et peu de jours après une assignation à comparaître devant le juge de paix de Monguyon (Charente) pour avoir à payer à un Monsieur inconnu, demeurant à Libourne et créancier de la Société l'Union Française, une somme de 170 francs, montant de la moitié des primes arriérées dues à ladite compagnie et intérêts desdites primes.

Je me rendis à cette convocation, je démontrai aussi clairement que possible que j'avais été dupe d'un procédé inqualifiable, qu'il y avait une promesse formelle de me prendre pour médecin de la compagnie, et que cette promesse n'avait pas été suivie d'effet, que, par suite, j'étais libre de tout engagement vis-à-vis de l'Union française etc. Le juge me parut convaincu de mon droit mais il me fit observer qu'il valait mieux transiger que de me lancer dans une affaire qui m'occasionnerait des frais nouveaux.

Bref, j'acceptai une transaction et je versai entre les mains du greffier une somme de cent francs dont quittance me fut donnée séance tenante.

Je quittai Monguyon le soir même, persuadé que j'étais libéré de tout souci pour l'avenir. Grande était mon erreur !...

Une autre compagnie qui m'était totalement inconnue, la Mutuelle de Bordeaux, avait pris la suite d'affaires de l'Union française. et comme — par tacite reconduction, paraît il, — ma police de dix ans n'ayant pas été dénoncée dans les délais prescrits, était renouvelée (ipso facto) pour une seconde période, il me fallut payer à la Mutuelle la moitié de mes primes arriérées (!) et verser de plus chaque année à cette même compagnie une somme de 18 francs 65 pour une assurance dont je n'avais nul besoin.

C'est en vain que je demandai au Directeur de la Société et au Conseil d'administration de vouloir bien résilier ma police, offrant même de payer une année d'avance ; — j'insistai, avec pièces à l'appui, pour démontrer que ma bonne foi avait été surprise; il me fut répondu » qu'il était impossible à la Mutuelle de Bordeaux de vérifier si j'avais souscrit dans les conditions que je prétendais, le Directeur de l'Union française en 1892 étant décédé, et que, du reste, l'agent qui m'avait fait signer ma police n'avait aucune qualité pour engager la Société en *dehors du contenu de cette police*, »

Et je paye toujours ma prime annuelle, et je la payerai encore pendant cinq ans, à moins que le *Concours médical* toujours pitoyable aux pauvres médecins, ne m'indique le moyen de me débarrasser des exigences de cette compagnie, — ce dont je vous serais particulièrement reconnaissant.

Pardonnez-moi, mon cher confrère, de vous avoir exposé un peu trop longuement cette affaire, — mais mon histoire ne peut manquer d'intéresser les trois médecins de Bernay qui, quoique normands, ont été *bernés* comme moi, — ce dont je les plains sincèrement.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec mes meilleurs souhaits pour la nouvelle année, l'assurance de mes sentiments les meilleurs,

---

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical des Basses-Alpes.

Assemblée générale du 26 août 1906 à Oraison.

Membres présents : MM. Aubert, Allamelle, Bernard, Chabot, Convers, Damas, Escarras, Gardiole, Heiriès, Liautaud, Olivier, Parini, Reynaud, Romieu, Sénès. Turcan. Thieux.

Membres excusés : MM. Blanc, Signoret, Devars, Imbert, La Motte, Caire, Richaud, Sicre, Nalin, Reynier, Dozoul, Divol, Rebory, Bonnet

M. Sénès, président, ouvre la séance à 9 heures 1/2. Après avoir remercié les membres présents d'être venus en si grand nombre, il donne la parole au Secrétaire.

M. Thieux rend compte des divers travaux dont le bureau avait été chargé par la dernière assemblée générale. Notamment il expose que, tous les membres de cette Assemblée ayant été unanimes pour approuver une démarche auprès de M. le Préfet des Basses-Alpes, afin de le prier de vouloir bien officieusement consulter le Syndicat dans toute mesure administrative concernant les médecins, la vaccination, l'assistance.... etc., il s'est rendu lui-même auprès de M. le Préfet, à la dernière session du Conseil général, et que celui-ci a paru disposé à donner satisfaction au Syndicat, toutes les fois qu'il lui sera possible de concilier ses désirs avec les règlements administratifs.

En même temps, le Secrétaire donne les raisons pour lesquelles il a paru bon de retarder jusqu'à ce jour la convocation de l'Assemblée générale.

Il donne lecture d'une lettre du docteur Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats Médicaux, confirmant l'adhésion du Syndicat des médecins des Basses-Alpes à l'Union, à la date du 27 décembre 1905.

Lecture est également donnée d'une lettre du docteur Regad, de Valence, auquel réponse a été adressée en temps et lieu ; puis des lettres d'excuses et de regrets des membres du Syndicat empêchés, qui ont cependant tenu à montrer qu'ils étaient de cœur avec l'Assemblée.

M. Bernard, trésorier, a la parole à son tour ; il se plaint du peu d'empressement manifesté ces dernières années pour solder les cotisations annuelles.

Il avait en Caisse en octobre 1904........	438 65
Les cotisations en 1905 ont donné.......	276 »»
En caisse au 1er janvier 1906....	714 65
Depuis deux cotisations de 1906 ont été adressées spontanément..............	24 »»
Ce qui ferait un total de........	738 65
Dont il faut déduire les dépenses ; cotisations de l'Union des Syndicats, frais de bureau, de recouvrement, etc.... soit....	172 »»
Reste en Caisse le 25 août 1906.........	566 65

En terminant, le trésorier exprime le vœu que les cotisations lui soient remises ou adressées sans qu'il ait besoin d'opérer le recouvrement par la poste.

M. Sénès, président, dit que l'ordre du jour amène l'élection du bureau. Il y est procédé immédiatement. Sont nommés :

Président : M. le Dr Aubert, Conseiller général d'Oraison ;

Vice-Présidents : Dr. Convers et Senès, Conseillers généraux ;

Trésorier : Dr Bernard, de Forcalquier ;

Secrétaire : Dr Thieux, de Sisteron.

En prenant la présidence, le Dr Aubert tient à assurer ses collègues de tout son dévouement, et promet de mettre son infatigable activité au service du Syndicat. et d'être son intermédiaire auprès du Conseil général, de la Commission de l'Assistance et de l'Administration.

On passe ensuite à l'examen et à la discussion des divers sujets à l'ordre du jour.

I. — *Affaire Sénès.*

M. Sénès expose que le Tribunal de Digne a rendu un jugement donnant satisfaction à un de ses clients qui refusait de lui payer les honoraires réclamés, et contenant un attendu susceptible de léser, s'il constituait un précédent et une base de jurisprudence, les intérêts de tous les médecins. Ce jugement tarife à 2 francs la visite médicale.

On fait remarquer au Dr Sénès qu'il aurait dû appeler de ce jugement. Très évidemment il a fait en abandonnant l'affaire preuve de désintéressement mais des intérêts professionnels étaient en jeu, et il est impossible de laisser s'établir une pareille jurisprudence.

Une discussion s'engage, sur la question bien connue et indiscutable des droits du médecin du tarif minimum, des considérations diverses susceptibles d'élever ce tarif... etc.

M. Aubert demande que le syndicat intervienne énergiquement et prenne une délibération qui sera communiquée par les soins du Secrétaire au Tribunal de Digne et dont, en outre, un exemplaire sera adressé à tous les médecins des Basses-Alpes, membres du Syndicat, pour leur permettre d'en arguer au besoin.

M. Damas demande que l'on fasse également adresser le tarif minimum du Dr Jeanne, qui est adopté par le « Concours Médical », organe de intérêts professionnels, et généralement par tous les corps médicaux dans toute la France.

Le Secrétaire est autorisé à faire venir un nombre suffisant d'exemplaires de cette brochure.

En somme, le Syndicat reconnaît que le Tribunal de Digne, manquant de base certaine, a été, dans l'affaire Sénès, induit en erreur. et qu'il y a lieu de prendre en considération et d'adopter les propositions suivantes de MM. Aubert, Romieu et Damas:

1° Le Syndicat considère comme lésant ses droits le jugement du Tribunal de Digne de juillet 1905, déboutant M. le Dr Sénès au profit de sa cliente, Mme Vve Favier, et fixant à 2 francs la visite médicale dans les Basses-Alpes ;

2° Déclare que ce prix de 2 francs n'a jamais été et ne peut être considéré que comme un tarif minimum ;

3° Se rend compte qu'en l'espèce le Tribunal

manquait de base et a jugé suivant sa conscience et ce qu'il croyait être un usage constant ;

4° Que, pour éviter une récidive qui serait nuisible et intolérable, il adopte le tarif minimum du Dr Jeanné ;

5° Que le texte de la délibération, telle qu'elle vient d'être prise et un exemplaire du tarif minimum du Dr Jeanne, sera envoyé au Tribunal de Digne et à chaque Membre du Syndicat.

II. — *Cas d'exercice illégal.*

M. Thieux dit que le bureau a été saisi de plusieurs plaintes concernant des cas d'exercice illégal. Il croit devoir les communiquer à l'Assemblée générale. Elles sont de deux sortes : autrement dit la sanction réclamée par le Syndicat doit différer suivant deux modes différents :

1° *Plainte de MM. les Drs Signoret, Devars, Blanc, de Barcelonnette, contre l'abbé Blanc, curé de Rioclar — et plainte de MM. les Drs Chabot, Bernard, etc.... contre l'abbé Richaud, de Puimichel.*

M. le Dr Damas déclare qu'en plus des faits dont peuvent avoir à témoigner MM. les Drs Blanc Devars et Signoret, il a pu lui-même, à l'Hôpital de Digne, voir dans quel état pitoyable le traitement de M. l'abbé Blanc avait mis trois malades atteints de plaies variqueuses.

Les signataires de la plainte proposent eux-mêmes une solution qui semble de nature à donner satisfaction au corps médical.

— Intervenir officieusement auprès de l'évêché qui pourrait inviter dans un but d'humanité (ces pratiques étant reconnues dangereuses), ces curés à cesser l'exercice de la médecine et de la chirurgie, ou au besoin les déplacer ou prendre telle sanction sacerdotale qu'il lui conviendra pour obtenir la cessation de commerce clandestin.

Cette proposition, chaleureusement appuyée par M. Olivier, est adoptée, et mandat est donné au Secrétaire d'avoir à adresser un rapport à l'évêché signalant la fraude de MM. Blanc et Richaud en même temps qu'un extrait du procès-verbal de la délibération du Syndicat.

2° *Exercice illégal par les rebouteurs, charlatans, bandagistes et autres forbans, et notamment par l'éternel Bellon, d'Aix.*

Ici le Syndicat se reconnaît impuissant, la loi ne nous donnant que des armes dérisoires, et renouvelle le vœu déjà émis dans la dernière séance, de voir augmenter les pénalités existantes contre l'exercice illégal et d'engager l'Union des Syndicats à intervenir dans ce sens auprès du Parlement.

« Actuellement, dit fort justement M. Ollivier, faire un procès pour arriver à une condamnation à 16 ou 25 francs, c'est vouloir faire de la réclame au délinquant. »

Néanmoins et en attendant, le Syndicat décide qu'il poursuivra à l'avenir tous les cas qui lui seraient signalés et M. Thieux demande que si satisfaction n'est pas donnée par l'évêché sur la plainte I il en soit de même pour les curés de Rioclar et de Puimichel.

III. — *Accidents du travail.*

M. Aubert, président : « L'ordre du jour appelle « l'examen des diverses questions si intéressantes « pour nous qu'ont soulevées les accidents du tra- « vail. Pris entre l'ouvrier et le patron, généralement représenté par les compagnies d'Assu- « rances, le médecin est en général sacrifié et ex- « ploité. »

Deux grands principes devraient diriger le corps médical :

Tout sinistré du travail a le droit d'avoir recours au médecin de son choix.

Refuser les contrats entre Compagnies d'assurances et Médecins, ruineux pour ces derniers, et ne voir en réalité qu'une responsabilité, celle du patron.

M. Damas cite l'exemple des oculistes qui, au nombre de 280, se sont réunis et ont décidé qu'en cas d'accidents de travail, concernant la spécialité, il n'y eût jamais confusion entre les honoraires du médecin et l'hospitalisation. Il se demande pourquoi il n'en est pas de même pour tout accident du travail et conclut en demandant la nomination d'une Commission chargée d'élaborer le tarif pour les accidents du travail.

Cette proposition recueille l'assentiment général. On décide qu'une Commission composée de MM. Romieu, Damas et Thieux préparera un projet de tarif qu'elle soumettra à l'approbation du bureau, et communiquera ensuite à la prochaine Assemblée générale.

IV. — *Assistance.*

Comme il a été dit au début de la séance, les rapports du Syndicat médical et de l'Administration sont aussi courtois que possible et tous les efforts du bureau tendront à la continuation et à l'extension de cette entente cordiale.

Le Syndicat entrevoit donc la nécessité d'élaborer un projet de réglementation des tarifs et des circonscriptions médicales.

Ce projet sera, comme le précédent, soumis au Bureau, puis présenté à l'Assemblée générale par la même Commission sus-nommée. En outre, le bureau, sans attendre la ratification de l'Assemblée générale, est d'ores et déjà autorisé à en saisir l'Assemblée départementale le 4 octobre par l'intermédiaire des Conseillers généraux membres du bureau du Syndicat.

M. Escarras réclame une circonscription en faisant valoir qu'il est le seul médecin qui en soit privé.

Ceci amène une longue discussion sur le sectionnement des circonscriptions médicales et le vote des vœux suivants :

Tout médecin établi dans les Basses-Alpes a droit à une circonscription médicale.

Il ne doit jamais être touché aux circonscriptions sans que le Syndicat ait été consulté.

Seule l'indignité professionnelle peut motiver une sanction comme la révocation.

Finalement, on décide que la commission préparera son projet au plus tôt et de faire droit à la demande de M. Escarras.

M. Thieux, sur le même sujet, tient à remercier publiquement M. Aubert qui a pris en main ses intérêts à la dernière séance du Conseil général.

V. — *Vœux divers.*

L'assemblée accepte en principe, tout en les renvoyant à la prochaine réunion du syndicat pour une étude plus approfondie :

Une proposition de M. Gardiole sur la publication d'un bulletin annuel ;

Une proposition du Dr Reynaud, relative à la création d'une caisse de secours.

L'examen d'un projet de *fédération intersyndicale* et interdépartementale.

On décide de continuer l'abonnement au *Concours médical*.

Avant de lever la séance, M. Aubert consulte l'assemblée sur le lieu et la date de la prochaine réunion. Il fait ressortir l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'avant la fin de l'année la Commission chargée d'élaborer les divers règlements de tarifs de l'Assistance et des Accidents de travail, puisse rendre compte de ses démarches et de ses travaux. Il demande que la prochaine réunion ait lieu à Sisteron, aussi central qu'Oraison pour les médecins de la Vallée et pour permettre aux confrères de Barcelonnette de venir à la réunion.

Il en est ainsi décidé.

La prochaine réunion aura donc lieu en novembre à Sisteron.

Le Secrétaire,
Dr L. Thieux.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal de paix d'Argueil

(Seine-Inférieure).

7 septembre 1906.

(M. Court, juge de paix.)

Soins donnés à une personne dans le besoin. — Action du médecin contre les enfants qui payent à leur mère une pension alimentaire.

M. le Dr Perrotte, de Croissy sur-Andelle, avait donné des soins et même opéré une dame T..., se trouvant dans le besoin et à laquelle une pension alimentaire était servie mensuellement par ses enfants. Le médecin a réclamé le paiement de ses honoraires au fils de la malade, que seul il connaissait, qui demeurait non loin d'elle et qui était dans une situation aisée. Celui-ci a discuté la demande du médecin, en invoquant divers moyens qui sont exposés, en même temps que réfutés, dans le jugement ci-après :

Nous, juge de paix,

Attendu que, par sa citation introductive du trente juillet dernier, mil neuf cent six, le docteur Perrotte a assigné le sieur Jules Levieux en paiement d'une somme de cent cinquante et un francs pour soins médicaux et opération chirurgicale donnés à sa mère, la dame Thibault, veuve en premières noces de Monsieur Levieux, père ;

Attendu que le demandeur ne connaît pas à Madame Thibault d'autres enfants que Monsieur Levieux, cité ;

Par ces motifs et tous autres à suppléer ;

S'entendre Monsieur Levieux condamner à payer à Monsieur le docteur Perrotte la somme de cent cinquante et un francs qui lui est due pour les motifs sus-énoncés, ou seulement sa part dans ladite somme au cas où Madame Thibault aurait plusieurs enfants, auquel cas toutes réserves sont faites par le demandeur pour réclamer le surplus de sa créance aux frères et sœurs de Monsieur Levieux s'il y a lieu.

S'entendre en outre ce dernier condamner aux dépens sous toutes réserves.

A l'appel de la cause, Monsieur le docteur Perrotte déclare maintenir sa demande et s'en rapporter à un jugement du Tribunal de Nantes en date du vingt-quatre janvier mil neuf cent six que Madame Thibault était dans l'incapacité de travailler.

Maître Lefèvre agréé à Gournay-en-Bray, assistant Monsieur Levieux, déclare que celui-ci a d'abord un frère, puis une sœur, Maître Lefèvre ajoute que c'est une très dangereuse action si elle est acquise, car tous les créanciers de Madame Thibault vont poursuivre des demandes ses enfants, si on a payé ou accordé le paiement à son créancier, tous viendront :

L'action des articles deux cent cinq et deux cent six du code civil est d'ailleurs rigoureusement personnelle, c'est-à-dire que le droit de demander des aliments est, d'après une décision du trente mars mil neuf cent cinq et d'après l'esprit même de la loi, personnelle à celui qui y a droit.

Il n'en serait pas de même pour le paiement de ces soins si Monsieur Levieux avait été lui-même chercher le docteur pour soigner sa mère.

Monsieur le docteur Perrotte déclare qu'on est venu le chercher au nom de Monsieur Jules Levieux de la Feuillée.

Monsieur Levieux dit qu'on a fait une fausse demande en son nom et qu'il le regrette ; cependant il demande que Monsieur le docteur Perrotte soit débouté de sa demande et condamné aux dépens.

Le Tribunal, parties entendues, renvoie la cause à un mois (à l'audience du sept septembre mil neuf cent six) pour prononcer son jugement.

Ainsi jugé et prononcé publiquement, les jours, mois, an et lieu que dessus.

Signé à la minute : H. Court et P. Pagard. En marge de ladite minute du présent jugement se trouve la mention d'enregistrement suivante :

Enregistré à Argueil (Seine-Inférieure), le dix-huit août mil neuf cent six.

Folio : un.

Case : quatre.

Attendu que le défendeur oppose à la demande que : la dame Thibault a réglé judiciairement avec ses enfants leurs obligations alimentaires ; qu'elle peut demander un supplément de pension ; que ceux-ci sont dégagés de tout engagement dès qu'ils ont satisfait à l'obligation par eux contractée envers leur auteur ;

Que la veuve Levieux est remariée et que la précarité de son mari, le sieur Thibault, n'est pas prouvée ; que le sieur Levieux, Jules, cité, n'a pas requis lui-même les bons offices du docteur ; qu'il déclare l'action du docteur Perrotte comme non recevable ou tout au moins mal fondée, et qu'il demande au tribunal de la rejeter ;

Attendu que l'article 205 du code civil porte : Les enfants doivent des aliments à leur père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin ; qu'on doit entendre par aliments, généralement tout ce qui est indispensable aux besoins, premiers de la vie ; que, suivant les lois romaines, d'où dérive notre code actuel, les pensions alimentaires comprenaient : les vivres, les vêtements, l'habitation et les remèdes en cas de maladie (cibaria, vestitus, habitatio et valetudinis impendia) ;

Attendu que l'article 208 mentionne que les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit ;

Que cet article laisse une grande latitude au juge de son application ; qu'il appartient donc au juge d'étendre ou de resserrer l'obligation suivant les circonstances et en conformité de la situation sociale aussi bien de celui qui réclame les aliments, que de celui qui doit les fournir ;

Attendu que les enfants de la veuve Levieux, femme Thibault, le sieur Jules Levieux et ses frères et sœurs, se sont engagés à payer à leur mère, dans une audience de conciliation antérieure, une somme de cinq francs par mois chez le boulanger et une autre de cinq francs par mois chez le boucher, au domicile des fournisseurs, pour subvenir aux premiers besoins de leur mère ;

Que les parties ont convenu à l'audience du trois août dernier que les enfants Levieux étaient à jour de leur dette alimentaire ;

Que la dame Thibault peut demander un supplé-

ment de pension, mais puisqu'elle ne le fait pas et que son fils le plus aisé trouvant irrégulière la demande du docteur Perrotte, ne va pas non plus demander une augmentation, puisque la dette alimentaire étant satisfaisante à ce jour, il se croit dégagé de tout engagement ;

Attendu qu'il appartient au juge d'étendre ou de resserrer la pension ; qu'au jour où les enfants Levieux et leur mère ont convenu dans le bureau de conciliation du juge de paix de la pension alimentaire, ceux-ci ont déclaré la payer eux-mêmes chez les fournisseurs ; qu'il n'a pas été compris les frais des maladies qui ne sont qu'accidentelles, et que l'on ne pouvait prévoir au jour où la dame Thibault était en pleine santé ; qu'il appartient au juge de les ordonner au moment où ils sont nécessaires ; que les vivres étant donnés à la dame Thibault, les soins de maladie (*valetudinis impendia*) (ils sont aussi indispensables que le pain du boulanger) doivent s'y ajouter (le tout dans les attributions de la loi du douze juillet mil neuf cent cinq).

Attendu que si l'état de précarité des époux Thibault n'est pas prouvé, il n'est pas besoin de les rechercher, les enfants Levieux trouvant précaire la situation de leurs parents, puisqu'ils paient régulièrement les dix francs par mois auxquels ils se sont condamnés et qu'il ne demandent pas une réduction des pensions étant eux-mêmes dans une situation très florissante :

Attendu que si le défendeur a été ignorant de la maladie de sa mère et n'a pas commis le médecin, les enfants sont responsables des honoraires dus pour soins donnés par un médecin à leurs parents insolvables ou dans une situation précaire, en vertu des articles deux cent cinq et deux cent six du code civil, sans qu'il soit besoin d'établir qu'ils avaient pris à l'égard du médecin un engagement personnel exprès ou tacite (Tribunal civil de Toulouse, deux juin mil neuf cent quatre ; tribunal civil de Nantes, vingt quatre janvier mil neuf cent cinq).

Attendu que la dame Thibault ne pouvant payer son médecin avec le pain et la viande qui constituent sa pension alimentaire, tout juste suffisante, le docteur Perrotte a eu raison d'actionner le plus aisé de ses enfants en paiement de ses honoraires :

Qu'il s'agit pour nous d'établir et de rechercher s'il y a indivisibilité et solidarité de la dette ;

Attendu que, d'après de nombreux arrêts de cours, notamment, un de la cour de Grenoble, mil huit cent quatre-vingt-quinze, qui porte que si l'obligation imposée aux enfants de fournir des aliments à leurs ascendants n'est de sa nature pas solidaire ni indivisible, néanmoins il appartient au juge, suivant les circonstances, de décider que l'un des enfants sera tenu de payer la totalité de la pension alimentaire, sauf son recours contre ses codébiteurs pour les portions mises à leur charge.

Attendu que les enfants de la dame Thibault ont appliqué déjà et appliquent l'article deux cent huit du code civil, puisqu'ils paient d'un commun accord entre eux pour dix francs de pain et de viande, soit cent vingt francs par an, et ce, probablement, proportionnellement à leurs ressources.

Attendu que le montant de la note n'est pas contesté :

Pour ces motifs :

Jugeant contradictoirement et à charge d'appel : vu l'article sept de la loi du douze juillet mil neuf cent cinq ; l'article deux cent cinq du code civil :

Condamnons le sieur Jules Levieux à payer au docteur Perrotte la somme de cent cinquante et un francs :

Le condamnons en sus au dépens taxés à la somme de cinq francs soixante quinze centimes, en ce non compris le coût du jugement et suites, et celui du trois août dernier, mil neuf cent six, auxquels il est également condamné, sauf son recours contre ses frères et sœurs à les faire participer dans la part leur revenant à payer pour la somme et les dépens, proportionnellement à l'accord déjà intervenu entre eux ;

Note. — Cette décision, très consciencieusement et très juridiquement motivée, consacre les règles que nous avons à maintes reprises exposées dans le *Concours médical* sur l'action du médecin contre les enfants d'une personne à laquelle il a donné des soins et qui est dans le besoin (V. *Conc. Méd.* 11 février 1905 n° 6, p. 95.)

Le principe proclamé dans le jugement ci-dessus reproduit, à savoir que : « les caractères constitutifs de l'obligation alimentaire réglementés par les art. 205 et suivant du Code civil, sont de varier suivant les besoins du créancier » est incontestable (Cass. 29 nov. 1893, Sirey 1894. 1. 465). Il est clair que lorsque la pension alimentaire fixée soit à l'amiable, soit en conciliation, soit en justice, apparaît au juge comme insuffisante pour les besoins du créancier de l'obligation, il est en droit de décider que les débiteurs de cette obligation devront supporter les dépenses occasionnées par tels besoins nouveaux qui n'avaient pas été prévus. Il est clair qu'en général une pension alimentaire mensuelle, fixée de façon à suffire aux besoins ordinaires de nourriture et d'entretien et souvent fort modique, n'a pas été déterminée en vue de faire face aux frais d'une maladie. *A fortiori*, lorsque la pension, au lieu d'être versée directement au créancier de l'obligation alimentaire, consiste dans des versements mensuels faits au boulanger et au boucher comme dans l'espèce ci-dessus.

Lorsqu'un tiers a acquitté, à la place du débiteur et pour son compte, même à son insu, une partie de l'obligation alimentaire, il a contre lui une action de « gestion d'affaires ».

Si, dans notre tiers espèce, le défendeur, contestant ce principe, a pu invoquer comme jurisprudence une décision du tribunal de paix de Reims du 28 octobre 1893 *Rev. J. Paix*, 93. 125, la théorie admise par le jugement ci-dessus rapporté peut s'appuyer sur des décisions de Cour d'appel (Aix 2 juin 1904. *Gaz. des Trib.* 9 juin 1904 ; Riom 6 août 1900 *Jour. notariat*, 1900, 746) en outre des décisions que le juge de paix a citées dans son jugement. Il importe peu que les deux décisions ci-dessus aient été rendues en matière d'obligation alimentaire des parents au profit de l'enfant, ou du mari à l'égard de la femme, les règles étant les mêmes qu'il s'agisse de l'obligation inscrite dans les art. 205, ou dans les art. 203 et 213.

Les principes étant déduits, il n'y a pas lieu de s'arrêter à une objection présentée par le défendeur et à l'appui de laquelle il invoquait une décision de mars 1905, est-il dit dans les qualités du jugement (probablement un jugement du tribunal de paix de Plouigneau ! 30 mars 1905. *Rev. J. Paix*, 1905, 241) dans laquelle il est dit que « le droit de réclamer des aliments est absolument attaché à la personne de celui à qui la loi l'accorde ». Comme il s'agissait, en l'espèce, d'un frère qui avait assigné sa sœur en paiement d'une pension alimentaire pour leur père, sans mandat de celui-ci et sans que celui-ci ait exercé son action contre sa fille, le juge de paix a repoussé sa demande. Le demandeur n'avait pas, en la circonstance, d'action de gestion d'affaires et n'avait pas qualité pour agir au nom de son père.

Enfin le juge de paix d'Argueil, tout en reconnaissant qu'en principe la dette d'aliments des enfants envers leurs parents est essentiellement personnelle et divisible, comme l'a proclamé à maintes reprises la cour de cassation (Cass. 15 juillet 1861 Sirey 62. 1. 172 ; 6 mars 1895, Sirey 96. 1. 232) a estimé que, d'après les faits et circonstances de la cause, notamment étant donné que le fils contre lequel l'action du médecin était exercée apparaissait comme seul solvable, de tous les enfants astreints à l'obligation alimentaire, et que ceux-ci étaient dispersés, il y avait lieu de prononcer contre lui condamnation à la totalité de la somme due au médecin. Cette décision est conforme à un jugement du tribunal civil de Genève 23 décembre 1884 (Sirey 85. 4. 31.) C'est d'ailleurs la Cour de cassation elle-même qui a posé cette règle que l'obligation alimentaire des enfants peut, selon les circonstances, être

déclarée indivisible et solidaire entre eux et a accordé en cette matière, aux juges, une sorte de pouvoir discrétionnaire (Cass., Req., 3 août 1837. Sirey, 38. 1.412 ; conf. Cour de Pau 24 novembre 1863 Sirey, 65 2, 104, et 23 décembre 1856. *Ibid.*, à la note). De nombreux auteurs, notamment Larombière, ont exposé cette thèse.

La décision rapportée est donc à la fois équitable et juridique.

Georges GATINEAU,
avocat à la Cour
Conseil du *Sou Médical.*

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître :

1° chez MASSON et Cie, éditeurs, 120, boulevard St Germain à Paris :

Précis d'ophtalmologie par le Dr V. MORAX, ophtalmologiste de l'hopital Lariboisière, 1 vol. petit in-8 de la « Collection de Précis Médicaux » de XX-640 pages, avec 339 figures dans le texte et 3 planches hors texte en couleurs, cartonné toile souple, 12 fr.

Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique, par P. SPILLMANN, professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy. P. *Haushalter*, professeur de clinique infantile à l'Université de Nancy, et L. SPILLMANN, professeur agrégé à l'Université do Nancy. 1 vol. in-8° de la Collection de précis Médicaux, de XIII-532 pages, avec 153 figures. Cartonné toile souple. 7 fr.

Précis de médecine infantile par P. NOBÉCOURT, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés. 1 volume in-8° de la « Collection de Précis médicaux », de 728 pages, avec 77 figures et une planche hors texte en couleurs, cartonné toile souple, 9 fr.

2° chez VIGOT frères éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Manuel de gynécologie pratique, par le docteur J. BAROZZI, ancien interne des hôpitaux de Paris Préface de L. G. Richelot, professeur agrégé, membre de l'Académie de Médecine. Un volume in-8° écu, cartonné, avec 153 figures, 10 fr.

Traité des urines, analyse des urines considérée comme un des éléments de diagnostic, par le Dr ERN. Gérard, professeur à la Faculté de médecine et de Pharmacie de Lille. Deuxième édition revue et augmentée. Un volume in-8° écu, cartonné avec 41 figures dans le texte et une planche en couleurs, 8 fr.

Traité théorique et pratique du massage et de la gymnastique médicale suédoise. Leur emploi thérapeutique, par J.-E. MARFORT.— Un vol. in-16 avec 111 figures, cartonné, 5 fr.

Éléments d'ophtalmologie, par le Dr ROHMER, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. In-16 de 584 pages avec 67 figures. Prix : 6 fr.

Ce livre n'est pas un traité complet, mais un simple recueil des éléments les plus indispensables à connaître en ophtalmologie pratique. Il aura son utilité, aussi bien pour l'étudiant que pour le praticien ; car il remplit une véritable lacune. Les traités d'ophtalmologie existent bien, mais trop nombreux et trop volumineux ; car l'étudiant s'y perd, et ne sait, au juste, ni auquel il doit recourir, ni ce qu'il doit prendre dans chacun d'eux. Ici, au contraire, il ne trouvera que des notions d'une utilité immédiate et journalière, notions résumées en quelques chapitres, et écrites en un style simple et clair. Les titres des chapitres témoignent de leur importance pratique :

Examen clinique des malades. — Arsenal thérapeutique. — Anesthésie et antisepsie. — Opérations d'urgence sur les yeux. — Traumatismes oculaires. — Ophtalmie sympathique. — Panophtalmie. — Glaucome. — Anomalies de la réfraction. — Accidents du travail. — Rapports de l'œil avec les maladies générales. — Symptômes oculaires des maladies du système nerveux. — Maladies les plus fréquentes du fond de l'œil, — pour ne citer que les plus importants.

De nombreuses figures jointes au texte facilitent la lecture de cet ouvrage dont le succès auprès des étudiants et des praticiens est certain.

REPORTAGE MÉDICAL

Société médicale des praticiens. — En sa séance générale annuelle la *Société médicale des praticiens* vient de renouveler son bureau. Élus : Président : Dr Foveau de Courmelles ; Vice-présidents : Drs Le Filliâtre et Morin ; Secrétaire-général : Dr P. Barlerin ; Secrétaires des séances : Drs A. Gardette et Laroussinie ; Assesseurs : Drs de Bourgon, Dumont, H. Legrand, Regnault, Petit, Roy.

Séances : les 3es vendredis du mois, à 9 h. du soir, Hôtel des Sociétés savantes.

Faculté et hôpitaux.

Un cours complet et pratique de neuropathologie commencera sous la direction de M. le prof. Raymond à la Salpêtrière, Ce cours sera fait, par MM. Lejeune, chef de clinique ; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux ; Alquier, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique ; Huet, chef du service d'électrothérapie ; Gellé, chef du service otologique. Le cours entier durera un mois et aura lieu tous les jours sauf les dimanches et fêtes à 5 h. à la salle d'examen de la clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique ; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentations de malades. Des pièces anatomiques et des préparations histologiques seront mis à la disposition des élèves. La date exacte de chaque leçon sera indiquée ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux auditeurs qui en feront la demande.

Les droits à verser sont de 80 francs.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

Une série de conférences pratiques de droguier commencera le 10 janvier 1907, sous la direction de M. J. Chevalier, préparateur du cours de pharmacologie et de matières médicales. S'inscrire au laboratoire de pharmacologie les mardis, jeudis et samedis de 3 h. à 4 h. sur présentation de la carte d'inscription et de la quittance du versement.

M. Blanchard, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de parasitologie et d'histoire naturelle médicale à cette Faculté.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Sédillot, de Ladon (Loiret), Bourillet, de Bézenet (Allier) Lefranc, de Carnac (Morbihan), de France, de Champtoceaux (Maine-et-Loire) et Vico, d'Etrépagny (Eure), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-neuvième année — N° 2 — 13 JANVIER 1907

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Congrès national des Praticiens

Nous voici assaillis de lettres et de questions provoquées par les appels de l'avant-dernier numéro du journal.

On demande à grands cris des précisions au sujet de l'organisation en province.

C'était prévu : répondons.

Le Concours souhaite :

1° Que chaque Syndicat envoie au Congrès des délégués munis de pouvoirs pour le nombre des syndiqués ;

2° Que chaque Société locale, affiliée ou non à l'Association Générale, fasse de même ;

3° Que ces groupements recherchent en même temps les pouvoirs des médecins de leur zône qui ne sont pas affiliés à eux, et, après les avoir obtenus, les joignent à ceux des syndiqués et sociétaires;

4° Que, dans les départements où n'existeraient ni Syndicats, ni Sociétés locales, des hommes d'initiative, comme le Concours médical en compte dans ses rangs, recueillent de leur propre chef ces pouvoirs individuels, et viennent voter en leur nom sur les questions mises à l'ordre du jour.

Voilà *l'effort local* à faire si on veut que l'Assemblée projetée soit le *Congrès national des Praticiens*, et non le *Congrès des Parisiens*.

L'Association Générale, l'Union des Syndicats, le Concours et le Sou, groupements qui s'étendent sur tout le pays de France, ne pouvaient pas avoir de préoccupation plus urgente que celle-là.

« C'est pourquoi ils ne cesseront de répéter que « Bureaux des Sociétés locales, Bureaux des Syn« dicats et Correspondants du Concours et hom« mes de bonne volonté doivent s'ériger de suite « en *Comité local*, de leur propre initiative, et de« mander à chaque praticien de donner pouvoir « à MM. V. X. Y. Z. de les représenter au Con« grès, et pour la discussion, et pour le vote. »

Est-ce à dire que nous devions préciser davantage les moyens de réaliser cela dans chaque département? Il y aurait, à le faire, prétention et imprudence.

Nous pouvons bien rappeler qu'il sera loisible de profiter des réunions professionnelles qui auront lieu en janvier et février pour nommer les délégués : mais, rien n'empêche que, même en l'absence de ces réunions, les candidatures soient recherchées par le Comité local et signalées par lui à tous les médecins du département dont il sollicite les pouvoirs,

Nous pouvons bien rappeler encore que ceux des délégués qui viendraient en même temps représenter leur « Société locale » à l'assemblée générale de l'« Association des médecins de France » (même date 14 avril) voyageront à demi-place, et que le Concours médical et le Sou médical se proposent d'indemniser, dans la mesure du crédit qu'ils ont

voté, ceux de leurs membres qui auraient l'honneur d'être élus délégués. Nous pouvons bien enfin conseiller d'assurer partout la représentation proportionnelle de l'élément rural et de l'élément urbain, et signaler le système proposé par M. le Dr Dumas (de Lédignan) dans le numéro 39 de 1906 (page 702) et celui du Dr Gassot (n° 49, page 782).

Mais, devons-nous, en toute inexpérience des difficultés locales, aller plus loin que ces indications et substituer un mode de recrutement obligatoire à celui que l'initiative régionale suggérera comme le meilleur ?

Beaucoup plus volontiers nous admettrons que le ou les initiateurs de chaque département nous écrivent : « Pouvons-nous procéder de telle façon, c'est la seule qui paraisse pratique ici ? » A quoi il serait certainement répondu : « Faites : bonne note en sera prise pour la vérification des pouvoirs dont les éléments seront préparés avant l'Assemblée de constitution. ».

Paris s'émeut toujours du reproche si souvent injuste de vouloir *s'imposer* : en l'espèce, il ne ferait que centraliser et enregistrer, n'est-ce pas préférable ?

D'autre part, nous nous refusons à prendre la responsabilité d'un échec que l'indifférence possible d'un bon nombre serait trop tentée de mettre sur le compte d'une organisation d'allure autoritaire. Responsabilités il y a, dans la préparation d'une manifestation de ce genre : il faut que chacun prenne celle qui lui revient.

Le célèbre Congrès de 1845, qui amena ici plus de 4000 médecins, n'avait pas les Syndicats et les Sociétés locales pour travailler à son organisation; il s'agit de savoir si, en 1907, avec les actions régionales faciles, avec des facilités de communication jadis absolument imprévues, le corps médical veut fournir le même effort pour la défense de ses intérêts les plus vitaux.

S'il le veut, il le prouvera en répondant à notre appel sans attendre que nous lui imposions un plan prévu dans les détails alors que nous n'en pouvons viser que les grandes lignes.

S'il ne le veut pas, notre rôle se bornerait à constater, que, après Coppens et nos amis du Syndicat de Lille, toutes nos Sociétés de défense professionnelle ont vaillamment mais inutilement fait leur devoir.

Nous ne croyons pas à cette dernière attitude d'une profession aussi menacée que la nôtre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Saturnisme chez les peintres en bâtiment de Lille

Nous avons indiqué, dans un précédent numéro du *Concours* de 1906, les résultats de l'enquête du Professeur A. Gautier concernant le saturnisme à Paris; il nous paraît logique de donner aujourd'hui les résultats d'une enquête faite par notre confrère, le Dr Verhaeghe, à Lille.

« L'enquête, dit M. Verhaeghe, porte sur 131 ouvriers peintres, tous en *pleine activité de travail* et ouvriers syndiqués qui ont bien voulu s'y soumettre.

« Étant donnée cette façon de procéder, je dois d'abord faire deux remarques:

« 1° L'enquête n'a porté que sur des ouvriers travaillant, et par suite ne peut donner et ne donne aucun renseignement sur la longévité et les infirmités acquises des ouvriers peintres.

« 2° Ce sont surtout les militants du Syndicat, c'est-à-dire les ouvriers les plus intelligents, ceux qui ont compris la portée et l'utilité de cette enquête, qui ont bien voulu répondre à notre appel. Ceux-là forment l'élite de leur corporation. Or, il est incontestable que cette partie de la classe ouvrière est celle qui a le plus de respect de soi-même, qui s'alcoolise le moins, et qui observe le plus les principes élémentaires de la propreté et de l'hygiène. De ce point de vue, les résultats obtenus par l'enquête sont en-dessous de la moyenne générale actuelle, et donnent plutôt l'idée de ce que serait l'influence professionnelle en dehors de toute autre influence, l'ouvrier peintre se trouvant mis dans les meilleures conditions d'hygiène.

Et voici ses conclusions :

« 1° Étant donné le milieu dans lequel a porté cette enquête, les résultats obtenus peuvent être considérés comme représentant l'influence du métier, c'est-à-dire de l'intoxication professionnelle par la céruse, sur l'état sanitaire des ouvriers peintres lorsque ceux-ci se trouvent placés dans les meilleures conditions d'hygiène compatibles avec l'état actuel des choses.

« 2° Ces résultats ne sont évidemment qu'approximatifs et relatifs. Il serait utile de poursuivre cette enquête sur une plus large échelle.

« 3° Les altérations de la santé générale se manifestent principalement dans la période de 30 à 45 ans d'âge, après environ quinze à vingt-cinq ans d'activité professionnelle. A ce moment, près de 60 p. 100 des ouvriers peintres (de 53 à 62 p. 100) se trouvent dans un état de santé insuffisant. Et bientôt ces éléments disparaissent de la vie professionnelle, soit par changement de métier, soit par morbidité, soit par la mort. On *peut dire que, pour 60 p. 100 environ des peintres, l'invalidité arrive vers l'âge de 45 ans, et que la durée de la vie professionnelle active est d'environ trente ans*, cette vie commençant vers l'âge de 15 ans.

« 4° *Le saturnisme des peintres n'est pas une section de l'alcoolisme. Mais l'alcoolisation vient aggraver considérablement le pronostic de l'intoxication par le plomb.*

« 5° *La profession de peintre ne paraît pas avoir d'influence sur le taux de la mortalité infantile de 0 à 2 ans*, abstraction faite des morts-nés. Ici aussi, le taux de cette mortalité infantile paraît surtout être fonction du genre de travail de la mère et, par suite, du mode d'alimentation des enfants.

« 6° *Mais cette profession paraît avoir une influ-*

ence considérable sur la mortalité. La proportion des morts-nés pour l'ensemble des naissances est de 22,91 p. 100, alors que, pour l'ensemble de la ville de Lille, le *Bulletin de l'Office sanitaire* accuse une proportion de 8,2 p. 100 en 1902, proportion que ce Bulletin déclare même un peu supérieure à ce qu'elle est d'habitude.

Les amers en thérapeutique

L'action thérapeutique des amers a été interprétée de diverses façons. D'après l'opinion la plus généralement admise, elle avait son point de départ dans l'estomac. Toutefois, après une longue période de vogue bruyante, les amers ont été, un peu à tort, délaissés, parce que *mis à l'épreuve du laboratoire et introduits directement dans l'estomac ou dans le sang, beaucoup d'entre eux ont été impuissants à faire secréter des sucs digestifs*. De ce fait, ils ont perdu beaucoup de leur prestige aux yeux des cliniciens, au point que certains de ceux-ci en ont suspendu complètement l'usage.

Ainsi envisagée, la question était mal posée. Elle est, en effet, en rapport très étroit avec l'action des amers sur l'appétit et en l'examinant ainsi, leur importance thérapeutique se présente sous un tout autre jour, dit le professeur J. P. Pawlow.

« *De l'avis unanime des médecins anciens et modernes, les amers excitent l'appétit et par cela toute la question se trouve précisément résolue. C'est ainsi que les amers sont bien en réalité les excitateurs de la sécrétion, puisque l'appétit est*, comme nous l'avons bien souvent répété dans ces leçons, *le plus puissant excitant des glandes digestives*. Il n'est dès lors pas étonnant que, dans les laboratoires, on n'ait rien observé sous leur influence. Les amers étaient introduits directement dans l'estomac ou dans le sang d'un animal parfaitement normal.

« Or, *l'action des amers est essentiellement liée à leur influence sur les nerfs du goût*. Ce n'est pas en vain, en effet, qu'on a réuni en un groupe nombreux des corps doués de propriétés chimiques les plus diverses, mais qui ont comme caractère commun leur goût amer. L'homme qui souffre d'un trouble digestif, a en même temps un goût émoussé, une certaine indifférence de goût.

Les aliments habituels qui lui plaisent quand il est bien portant, lui semblent alors insipides. Non seulement ils ne provoquent pas l'envie de manger, mais encore ils éveillent un sentiment de dégoût ; la sensation gustative est nulle ou même pervertie.

« Il est nécessaire, dans ces conditions, de donner à l'appareil gustatif un stimulant pour provoquer de nouveau des impressions gustatives vives et normales. L'expérience nous apprend qu'on atteint ce but aussi rapidement que possible par des impressions gustatives désagréables, fortes, qui, par contraste, évoquent la représentation d'impressions agréables. En tout cas, il n'y a plus d'indifférence et l'appétit trouve dès lors à se manifester en présence de tel ou tel aliment. C'est là la reproduction d'un fait physiologique général. La lumière nous paraît plus claire après l'obscurité, le son plus fort après le silence, la joie du bien-être corporel plus intense après une maladie, etc.

Cette explication de l'action excitante de l'appétit que possèdent les amers à point de départ dans la bouche, n'exclut pas une action de même ordre à point de départ gastrique. Il est possible que les amers n'agissent pas seulement sur les nerfs gustatifs de la cavité buccale, mais aussi sur la muqueuse gastrique de façon à donner naissance à des sensations qui contribuent à la genèse du désir passionné de l'aliment. Beaucoup de cliniciens tendent à admettre que ces sensations particulières se manifestent dans l'estomac sous l'influence de l'administration des amers.

L'action des amers ne consisterait pas en un simple réflexe physiologique, mais bien dans la provocation d'un certain acte psychique qui suscite *secondairement* l'action sécrétoire physiologique.

La forme pharmaceutique sous laquelle les amers sont ingérés fournit une preuve de plus en faveur de l'opinion développée par M. le prof. Pawlow. En effet, un vin, tel que le *Quassia Kina Rabot*, par exemple, provoquera d'une façon plus énergique et plus certaine l'action recherchée qu'une tisane amère ou une pilule sans goût qui contiendrait les mêmes principes ; et si, pour quelque raison spéciale et idiosyncrasique, il faut recourir aux formes médicamenteuses de petit volume, les poudres ou les granulés, le *Quassia-Kina Rabot granulé*, par exemple, qui dénaturent moins que toutes autres les qualités physiques de la substance amère, donneront aussi les résultats les plus rapides et les plus évidents.

Ce sont là des faits d'expérience contre lesquels ne peuvent prévaloir ni la mode capricieuse ni les conclusions incompétentes du laboratoire sorti en l'espèce de son rôle d'observation rigoureusement scientifique.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cours de vacances.

Hôtel-Dieu : M. le Prof. agrégé MAUCLAIRE

Les tuberculoses génitales chez la femme

Je désire vous exposer aujourd'hui une étude d'ensemble sur les tuberculoses des organes génitaux de la femme. C'est là une variété d'infection bacillaire qui, certes, est bien moins fréquente que la tuberculose génitale de l'homme ; les observations, cependant, n'en sont pas très rares et, personnellement, j'ai eu l'occasion d'en observer au moins une dizaine de cas.

En voici un exemple curieux que j'ai recueilli il y a cinq ans dans ce service, à l'époque où je remplaçais une première fois mon maître, le professeur Duplay. Il concerne une jeune fem-

me de 20 ans qui vint consulter à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de troubles de la menstruation, d'irrégularité des règles, de métrorrhagies, d'amaigrissement sans cause appréciable. Le chef de clinique, après l'avoir examinée, porta le diagnostic de salpingite, affection dont la malade présentait effectivement tous les symptômes : le ventre était douloureux et le toucher décelait la présence, à droite et à gauche de l'utérus, de masses assez volumineuses et sensibles à la pression. Il existait une fièvre légère ; il n'y avait pas d'épanchement péritonéal appréciable. On fit la laparotomie et l'on tomba sur une masse constituée par les trompes recouvertes de granulations tuberculeuses, masse trop étendue et trop adhérente pour que l'on ait pu en tenter l'exérèse. L'opérateur se contenta de fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure et de fermer le ventre. Les suites furent très heureuses, les lésions s'amendèrent ; la malade se rétablit, son état général et son état local s'améliorèrent considérablement. Elle allait bien lorsque, 6 mois après, elle recommença à souffrir. Je l'examinai à ce moment et je trouvai une petite saillie très douloureuse dans le cul-de-sac postérieur. Pensant à un reliquat salpyngien extirpable, je pratiquai une seconde laparotomie. Celle-ci démontra qu'il n'y avait plus trace de tuberculose dans le pelvis ; ce que l'on sentait dans le cul-de-sac postérieur, c'était l'utérus prolabé, en rétroversion. Je fis une nouvelle hystéropexie et la patiente quitta l'hôpital ainsi guérie ; mais elle ne fut pas revue depuis : c'est là un exemple typique de tuberculose génitale pelvienne chez la femme dans lequel la laparotomie a donné lieu à une régression complète des lésions anatomiques.

Voici maintenant un deuxième cas analogue, que j'ai observé dernièrement, il y a 2 à 3 mois. Il s'agit d'une femme de 30 ans, un peu amaigrie et se plaignant, comme la précédente malade, de métrorrhagies. On sentait chez elle, également, une masse salpingienne, perceptible au toucher. Pas d'épanchement péritonéal. Je diagnostiquai une simple salpingite parenchymateuse, sans m'arrêter à l'idée de tuberculose : celle-ci, vous le verrez d'ailleurs, n'est souvent découverte qu'au cours de l'opération. Quand j'eus ouvert le ventre, j'arrivai sur un foyer de péritonite avec des granulations tuberculeuses et sur des masses salpingiennes, à droite et à gauche, recouvertes de granulations, très adhérentes aux anses intestinales, ce qui rendait l'extirpation difficile et dangereuse. Aussi, me suis-je contenté de refermer l'abdomen : actuellement, la malade va aussi bien que possible.

A ces deux observations, je pourrais en ajouter 7 ou 8 autres que j'ai recueillies à des époques diverses. Je vous en reparlerai chemin faisant et je vais, sans autre préambule, aborder la description clinique des tuberculoses génitales de la femme. Ceux d'entre vous que la question intéresse pourront, sur certains points, se renseigner plus longuement dans plusieurs thèses récentes, celles de Fernandez (Paris, 1899), Gorovitz (Paris 1900), Dervaut (Paris, 1902), Martin (Lyon 1905), etc.

***

Au point de vue *étiologique*, la tuberculose des organes génitaux de la femme n'est pas, dit-on, très fréquente. C'est à peine si, sur 100 affections gynécologiques opérées, on trouve 3 fois des lésions tuberculeuses. Je croirai volontiers, cependant, que cette maladie est moins rare qu'on ne le pense. Certes, il ne faut pas être obsédé par la tuberculose, mais vous savez combien cette infection est répandue : je crois que, si l'on faisait des examens histologiques, on trouverait que nombre de salpingites hypertrophiantes sont de nature bacillaire. Enfin, pour quelques anatomo-pathologistes, cette localisation tuberculeuse est aussi fréquente chez les petites filles que chez les femmes.

La tuberculose génitale de la femme est primitive ou secondaire, selon qu'il existe ou non, ailleurs, dans l'organisme, des tubercules antérieurs. La forme primitive doit être exceptionnelle et, généralement, il s'agit d'une tuberculose secondaire, les lésions initiales siègent principalement dans les poumons.

En ce qui concerne le *siège*, presque toujours, 9 fois sur 10 environ, c'est au niveau des trompes que se développent les tubercules. Puis, par ordre décroissant de fréquence, l'infection bacillaire se localise sur la muqueuse du corps utérin, l'ovaire, le vagin, le col de l'utérus et la vulve. Retenez ce point essentiel : la *trompe* est le lieu d'élection de la tuberculose génitale féminine ; retenez aussi que la tuberculose peut se greffer sur des tumeurs génitales telles que kyste de l'ovaire (PURMANN), fibrome ou cancer utérin. Ce qui est particulier, c'est que l'infection tuberculeuse siège sur un ou plusieurs segments de l'appareil génital, mais je ne connais pas d'observation de tuberculose simultanée portant sur l'ovaire, la trompe, l'utérus, le vagin et la vulve, et cependant tous ces segments communiquent ensemble.

Bien des hypothèses ont été faites pour expliquer la *pathogénie* de cette localisation tuberculeuse. La théorie la plus souvent mise en avant est celle de la *voie descendante*. Beaucoup d'auteurs pensent que l'infection tuberculeuse de la trompe est consécutive à l'infection du péritoine pelvien. Quelques-uns ont admis, également, le processus pathogénique inverse, c'est-à-dire la *voie ascendante* ou spermatique. Il aurait pour origine les rapports sexuels, les bacilles contenus dans le sperme d'individus atteints de tuberculose, parfois latente, de la prostate et des vésicules séminales : l'infection tuberculeuse, partie du vagin, gagnerait la trompe par l'utérus. Des expérimentateurs ont démontré ce processus. Mais je crois ce mode pathogénique rare, bien que le sperme des tuberculeux puisse contenir des bacilles. S'il était fréquent, nous observerions une localisation de la tuberculose sur l'utérus beaucoup plus commune qu'elle ne l'est en réalité. Pour ma part, j'estime que, là comme ailleurs, l'infection par la *voie sanguine* ou par la voie *lymphatique* est le processus le plus fréquent sans exclure les autres processus qui ne sont pas douteux.

La variété de tuberculose génitale la plus fréquente, vous ai-je dit, c'est la *salpingo-ovarite tuberculeuse*. C'est elle que vous rencontrerez plusieurs fois sans aucun doute dans votre pratique ; c'est elle dont j'ai vu, pour ce qui me concerne, une dizaine d'exemples.

Quelles *lésions anatomo-pathologiques* trouve-t-on du côté de la trompe ? Les parois tubaires sont

(1) PURMANN : *Archiv. f. Gynækologie*, 1903 et RÉMY : Thèse de Lyon, 1905.

épaissies et, à la coupe, on découvre sur la muqueuse, des granulations à différents stades de leur évolution (ulcération, transformation caséeuse ou fibreuse, etc.)

Le contenu de la trompe est variable. On a observé la dégénérescence kystique de cet organe, avec, dans la poche ainsi constituée, un liquide tantôt séreux, tantôt caséeux, tantôt purulent. J'ai noté dans un cas un contenu franchement hémorrhagique. A côté des hémato-salpynx, mon maître, le professeur Le Dentu (1) a signalé dans une poche enkystée péritubaire tuberculeuse des corps plutôt discoïdes analogues aux graines de melon et rappelant les grains rhiziformes des synovites tuberculeuses.

Williams, d'autre part, a décrit à cette salpingite tuberculeuse plusieurs formes anatomiques (miliaire, chronique, fibreuse, chronique diffuse, abcès froid tubaire). J'ai vu, une fois, à l'hôpital Bichat, un abcès froid tubaire typique qui s'ouvrit finalement dans l'intestin et la malade succomba à une péritonite tuberculeuse généralisée. Les différentes lésions que je viens d indiquer peuvent subir la dégénérescence fibreuse ou sébacée.

Les altérations tuberculeuses de l'ovaire ressemblent beaucoup à celles de la trompe On trouve, au niveau de l'ovaire, des tubercules crus, des tubercules caséeux, des abcès froids (Cornil); d'ailleurs la tuberculose ovarienne et la tuberculose tubaire sont, ordinairement, associées.

Il est important de signaler les lésions concomitantes de voisinage. Habituellement, il y a péritonite bacillaire pelvienne, et quelquefois une appendicite tuberculeuse. Parfois l'ovaire, la trompe, l'appendice et le péritoine tuberculeux sont liés par des adhérences et l'on se demande en quel point (trompe, péritoine, appendice) l'infection a débuté. — Pour les uns, la péritonite tuberculeuse précède la tuberculose génitale. Pour d'autres auteurs, le processus d'infection est le plus souvent inverse. (*Bouilly-Feuret*).

Dans une *première forme clinique*, la *symptomatologie* de la tuberculose « tubo-ovarienne » est celle que j'ai décrite à propos de ma première observation.

Les malades se plaignent de *douleurs abdominales et d'amaigrissement exagéré*. Elles ont des *métrorrhagies abondantes*. Ce dernier symptôme est généralement net et accusé. On a même essayé de décrire une métrorragie tuberculeuse et une métrite tuberculeuse. Je ne sais ce qu'il y a de vrai dans cette conception. Il conviendrait, pour l'élucider, de faire des examens minutieux et nombreux des fongosités retirées par curetage. Le toucher vaginal montre un utérus un peu gros et il reconnaît, à droite et à gauche (les lésions sont presque toujours bilatérales), la présence de masses assez douloureuses.

Telle est la première forme clinique de la tuberculose tubo-ovarienne. J'insiste sur les métrorrhagies plus abondantes et plus fréquentes que dans la salpingite parenchymateuse. Malgré ce symptôme assez typique il est assez rare que le chirurgien arrive à poser le diagnostic avant l'opération.

Quand il s'agit de la *deuxième forme clinique* de la tuberculose tubo-ovarienne, c'est l'ascite qui prédomine; cette forme répond à l'affection appelée : l'ascite des jeunes filles. Elle peut apparaître dès l'âge de 14 à 15 ans. Ici, les granulations envahissent les trompes et le péritoine et, à l'épanchement péritonéal, souvent abondant, s'associe un épanchement pleural : ce double épanchement a un intérêt diagnostique réel; c'est un indice de tuberculose tubo-périnéo-pleurale.

La marche de la tuberculose tubo-ovarienne est lente et la durée de son évolution est variable.

Le *pronostic*, dans la forme métrorrhagique, est très grave. La mort, par une complication que je vais indiquer, est la terminaison la plus habituelle. La forme ascitique est moins redoutable ; elle est susceptible de guérir, soit spontanément, soit à la suite d'une ponction on d'une laparotomie. Les observations de cette régression ne sont pas rares. Quand il y a terminaison fatale, celle-ci survient par cachectisation, par progression des lésions ou par complications (tuberculoses de la plèvre, du poumon, de l'intestin, des méninges, etc.).

On peut aussi voir se produire une péritonite suppurée, des foyers de suppuration froide dans le magma tuberculeux, sorte de petits abcès froids pouvant s'ouvrir dans les organes voisins, le colon, l'S iliaque (d'où des fistules stercorales), la vessie, le rectum, la fosse ischio-rectale, ou enfin, ce qui est plus exceptionnel, à la peau.

Le *diagnostic* de la forme métrorrhagique est difficile. Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître qu'ils ont opéré des tuberculoses tubo-ovariennes croyant avoir affaire à des salpingites parenchymateuses. Toutefois, l'amaigrissement, la dépression générale, les petites poussées de fièvre, sont des éléments en faveur de la tuberculose. J'ai soigné dernièrement, à l'hôpital A. Dubois, une jeune femme de 25 ans qui se plaignait de métrorrhagies. Elle avait depuis un mois un état fébrile, sa température s'élevant quelquefois le soir jusqu'à 39°. A l'examen, je constatai à droite et à gauche des masses salpingiennes, sans épanchement péritonéal. Un tel ensemble me fit porter le diagnostic de tuberculose et, effectivement, au cours de l'opération, j'arrivai sur un paquet de lésions tuberculeuses dans le petit bassin.

Le diagnostic de la forme ascitique de la tuberculose tubo-ovarienne est plus simple. La *rapidité de la production de l'ascite*, la concomitance d'un épanchement pleural, le mauvais état général, l'amaigrissement, vous feront penser à la tuberculose.

***

Quelques mots sur la *métrite tuberculeuse du corps de l'utérus*. C'est une localisation bien moins fréquente que la tuberculose des trompes et des ovaires dont je viens de parler. Peut-être, cependant, sa rareté n'est-elle qu'apparente et tient-elle seulement à l'insuffisance du nombre des examens microscopiques. Quoiqu'il en soit, le professeur Cornil en décrit une forme miliaire aiguë, une forme interstitielle et une forme ulcéreuse. Il faut y ajouter une forme papillomateuse (Fabris). Sa symptomatologie comprend des métrorrhagies répétées, résistant au curetage, avec, comme signe objectif, un peu d'augmentation de volume de l'utérus. Dans un cas que j'ai récemment observé j'ai retiré par le curetage de nombreux débris fongueux et caséeux.

La *tuberculose du col utérin* est assez spéciale.

(1) Le Dentu. — *Semaine gynécologique*, 1900.

(1) Fabris. — *Annali di ost et ginecologia* oct. 1904.

MM. A. Polosson et Violet (1) viennent d'en donner une très bonne description d'après 57 observations qu'ils ont pu réunir.

C'est, évidemment, à elle surtout que pourrait s'appliquer la théorie pathogénique de la voie ascendante, l'infection par les rapports sexuels avec un sujet dont le sperme renferme des bacilles. Les observateurs en ont signalé plusieurs variétés : végétante, papillaire, ulcéreuse ou miliaire. Les ulcérations tuberculeuses du col sont facilement prises pour des ulcérations de métrite vulgaire. De même que les ulcères bacillaires de la langue, elles sont quelquefois entourées de petits points jaunâtres. Parfois la localisation tuberculeuse siège uniquement dans la cavité du col sans être visible à la surface vaginale du col (Brouha) (2).

Avec quelles lésions ferez-vous le diagnostic de la tuberculose du corps ou du col de l'utérus? Souvent, vous n'y pensez pas. Si vous y pensez, vous aurez à éliminer le cancer et la syphilis. Le cancer a une évolution beaucoup plus rapide. Ses végétations sont exubérantes, forment de véritables choux-fleurs : ses ulcérations sont profondes, térébrantes : rien de tout cela ne rappelle la tuberculose. La syphilis du col (assez commune, d'après le professeur Fournier) peut se traduire par un chancre, des plaques muqueuses, etc. Le chancre est arrondi, dur, rougeâtre ; il est éphémère. Les plaques muqueuses sont multiples, opalines. On ne saurait guère les confondre avec les ulcères bacillaires.

Ces éliminations sont, il est vrai, loin d'être suffisantes. Pour préciser le diagnostic de tuberculose utérine, il faut, en général, des examens histologiques des fragments retirés par le curettage explorateur et des inoculations expérimentales. Aussi, en réalité, dans la pratique courante, ce diagnostic est-il fait peu fréquemment.

Je vous signalerai en passant quelques exemples de tuberculose greffée sur un fibro-myome (Assereto) (3) ou sur un cancer utérin (Azacs) (4).

***

La troisième localisation de la tuberculose sur les organes génitaux de la femme, c'est la *tuberculose vulvo-vaginale*. Elle est, disons-le de suite, exceptionnelle. Elle donne naissance : soit à des ulcérations à fond jaunâtre, entourées ou non de points ulcérés, c'est la forme ulcéreuse ; soit à des végétations, c'est la forme végétante — avec parfois hypertrophie éléphantiasique du clitoris (5). La lésion est quelquefois vulvo périnéale (Bender). Le diagnostic doit s'établir avec le cancer et la syphilis. L'épithélioma vulvaire ne prête guère à confusion : il est caractéristique par ses ulcérations profondes, à bords indurés, son adénopathie, etc.

***

Il me reste à vous parler du *traitement* de ces diverses variétés de tuberculose génitale de la femme.

La salpingo-ovarite tuberculeuse a été, jusqu'à ces derniers temps, une surprise opératoire. Le chirurgien intervenait, pensant avoir affaire à une salpingite ordinaire, et il en pratiquait l'extirpation (Hegar) ou bien il se trouvait en présence d'un magma inextricable recouvert de tubercules. Dans la plupart de ces cas, les opérateurs se sont contentés de refermer le ventre, les lésions étant pratiquement inextirpables. La laparotomie pure et simple, d'ailleurs, n'est pas toujours inutile. Je vous ai signalé des observations personnelles où, à la suite de cette opération, les lésions avaient régressé et disparu. C'est donc une méthode de traitement qui peut donner — ici, comme pour la péritonite bacillaire — de bons effets, sans que le processus pathogénique de guérison soit facile à expliquer malgré toutes les hypothèses émises.

Il ne faut pas vouloir faire l'extirpation dans tous les cas, car il existe fréquemment des adhérences avec l'intestin telles que l'intervention radicale entraînerait des désastres, l'ouverture de l'intestin en particulier. L'extirpation possible au début (Hégar) est, en résumé, souvent impraticable pour peu que la lésion soit avancée ; généralement, il faut donc se contenter de la seule laparotomie.

On joindra, bien entendu, à ce traitement local, la thérapeutique générale de la tuberculose, le repos, la suralimentation, la vie au grand air.

Dans la tuberculose du corps de l'utérus, on emploie habituellement le curetage et les cautérisations à la glycérine créosotée, thérapeutique quelquefois suffisante. Je crois que, dans certains cas, on pourrait s'adresser à l'hystérectomie abdominale totale.

Pour la tuberculose du col, on pratiquera des cautérisations avec le fer rouge, l'acide lactique, ou des badigeonnages iodoformés. Contre la tuberculose vulvo-vaginale, les mêmes cautérisations, ou l'excision des masses végétantes ou ulcéreuses, sont également indiquées.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

(1) SALOMON et VIOLET. — *Revue de chirurgie abdominale et gynécologique*, mars 1906.

(2) BROUHA. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1900.

(3) ASSERETO. — *Societa di obstetrica et gynecologia*, 1906.

(4) AZACS. — *Klin ther ap. Woch.*

(5) KOREJAN. — *Wiener klin. Woch.* 1897 et BENDER *Rev. de chirurgie gynécologique et abdominale*, sept. 1907.

OPHTALMOLOGIE

Les petites opérations sur les paupières et le globe oculaire.

Par le Dr A. TROUSSEAU,

Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Il m'a semblé que des médecins non spécialisés tireraient profit d'une courte description, avec leurs principales indications, de quelques petites opérations faciles à exécuter sans étude préalable, qu'ils peuvent être appelés à pratiquer pour le prompt soulagement de leurs malades, sans le concours d'un ophtalmologiste qualifié.

J'étudierai successivement :

1° Celles qui peuvent être faites sur les paupières ;

2° Celles qui peuvent être faites sur le globe oculaire.

OPÉRATION SUR LES PAUPIÈRES.— Celles que je vais exposer sont destinées à combattre l'*entropion*, ou renversement en dedans des paupières ; le *trichiasis* ou déviation des cils en arrière, altérations qui peuvent compromettre la transparence de la cornée par le frottement contre elle des bords palpébraux ou en

tous cas déterminer une vive irritation du globe oculaire ; l'*ectropion* ou renversement en dehors de la paupière, le plus souvent de l'inférieure.

J'insisterai encore sur deux petites opérations très utiles qui ont pour but, ou d'élargir ou de rapetisser les fentes palpébrales, à savoir : la *canthoplastie* et la *tarsorraphie*.

Entropion. — L'entropion de la paupière supérieure qui s'accompagne de déformations du tarse ne peut être efficacement combattu que par des procédés tout à fait chirurgicaux sur lesquels je n'insisterai pas, car ils sont du domaine du spécialiste. Je ne parlerai que de l'entropion musculaire ou spasmodique de la paupière inférieure ; toutefois, je ferai remarquer que, dans tous les cas graves, on pourra, en attendant une opération compliquée, soulager le malade en pratiquant l'élargissement de la fente palpébrale ou canthoplastie dont je donnerai plus loin le manuel opératoire.

Contre l'entropion musculaire ou spasmodique, on peut employer :

1° Les sutures de Gaillard ;

2° Les ligatures horizontales (Gillet de Grandmont) ;

3° La cautérisation ignée (Terrier et Trousseau).

On applique les *sutures de Gaillard* en faisant pénétrer très près du bord ciliaire, après avoir développé la paupière sur une plaque en corne, une aiguille munie d'un fil qui rase le tarse en avant et ressort verticalement à un centimètre de son point d'entrée. Il suffit alors de nouer la suture très serrée et de la laisser s'éliminer seule. Deux à trois sutures amènent la réduction de l'entropion.

Voici en quoi consistent les *ligatures horizontales* préconisées par Gillet de Grandmont : trois fils antiseptiques, portant à *chacune* de leurs extrémités une aiguille courbe, sont suffisants pour cette opération. Les deux aiguilles du premier fil sont introduites dans le fond du cul-de-sac conjonctival inférieur, à une distance d'environ 6 à 8 millimètres l'une de l'autre, puis dirigées *directement en avant* vers la peau où elles doivent ressortir à 3 ou 4 millimètres l'une de l'autre, à 4 millimètres au-dessous du bord de la paupière. On passe, par conséquent, au-dessous du tarse et on prend une plus grande largeur de tissus dans le cul-de-sac que dans la peau sur laquelle les fils sont noués fortement. Répétées de la même façon, une ou deux fois, ces sutures, en ressortant sur la même ligne parallèle au bord palpébral, forment un petit sillon qui rappelle celui qui existe à l'état normal, et elles donnent une réduction immédiate de l'entropion.

Les fils, bien désinfectés, peuvent séjourner dans les tissus plus de deux mois, sans déterminer d'irritation. Ils tombent d'eux-mêmes, sans laisser de cicatrices ; mais on peut les exciser dès que l'on a constaté l'adhérence de la peau avec les parties profondes.

Cette opération est d'une exécution plus difficile que les sutures de Gaillard ; mais elle est plus élégante, ne laisse pas de traces et prévient plus certainement les récidives.

En collaboration avec le professeur Terrier, j'ai personnellement préconisé la *cautérisation ignée*, très efficace et très facile à exécuter. Le procédé consiste à bien développer la paupière sur la plaque de corne, puis à tracer au thermocautère, à 3 millimètres du bord palpébral et parallèlement à lui dans toute sa longueur, un sillon profond atteignant le tarse et y pénétrant.

Ces petites opérations, comme toutes celles que j'aurai à décrire tout à l'heure, sont rendues indolores grâce à l'injection de cocaïne, et ne nécessitent pour tout pansement que des lavages boriqués et l'application de quelques compresses froides aseptiques.

Elles peuvent être utilisées pour combattre le *trichiasis*, dont les inconvénients sont atténués par l'épilation des cils déviés, faite au moyen d'une pince spéciale, qui permet, en tout cas, de soulager rapidement le patient, en attendant que soit prise une détermination opératoire plus importante.

Ectropion.— Les ectropions cicatriciels des deux paupières ne peuvent être guéris que pour une intervention chirurgicale sérieuse. Les ectropions non cicatriciels, spasmodiques, de la paupière inférieure peuvent être améliorés soit en réséquant à la face interne des paupières un petit lambeau de muqueuse et en réunissant avec des fils de soie les bords de la petite plaie produite par cette résection, soit en suturant l'angle externe des paupières par une tarsorraphie (voir ce mot) partielle, soit en combinant les deux procédés. Le bandeau compressif sera toujours maintenu.

Dans les formes plus intenses, on peut aussi recourir à l'application des *sutures de Snellen* : un fil de soie fin est armé, à chaque bout, d'une aiguille demi-courbe ; la première aiguille est enfoncée sur le point culminant des bourrelets muqueux, et poussée verticalement sous la peau pour ressortir à 2 centimètres au-dessous du bord lisse ; l'autre aiguille est introduite à 4 millimètres de la première, et suit le même trajet pour ressortir à la peau à 6 ou 7 millimètres de sa voisine. Après quoi on attire en bas l'anse ainsi formée, et on noue les deux bouts des fils sur un petit drain en caoutchouc, afin qu'ils ne coupent pas les téguments, deux ou trois sutures à deux aiguilles chaque sont suffisantes pour réduire l'ectropion, suivant qu'il est plus ou moins accusé. Les fils sont enlevés après six à dix jours, et le bandeau compressif est maintenu huit à douze jours.

Canthoplastie. — Elle a pour but d'élargir la fente palpébrale, quand il s'agit de combattre un blépharospasme intense ou de faire cesser, momentanément, une compression dangereuse exercée par la stricture des paupières (certaines kératites, ophltamie purulente). On peut se contenter de fendre d'un coup sec la commissure en insinuant derrière elle une branche de ciseaux droits ; mais, comme les lèvres de la plaie commissurale ne tardent pas à se ressouder, si on recherche un résultat permanent, il faut avoir recours à la canthoplastie.

Cette opération est très utile toutes les fois que la fente palpébrale est anormalement rétrécie ou qu'il existe du renversement en dedans des cils ou des paupières (entropion, trichiasis). Dans ce dernier cas, elle permet souvent d'attendre sans dommage, qu'une intervention plus importante soit décidée. Elle favorise aussi grandement l'action des interventions dirigées contre les déviations palpébrales internes.

Voici comment elle doit être exécutée :

On place le blépharostat externe. qui a pour effet de tendre l'angle palpébral dans lequel on introduit, en continuant bien la ligne de la fente, une branche de forts ciseaux droits, avec lesquels, d'un coup sec, on fend la commissure ; la peau s'écarte en dehors, la muqueuse en dedans ; on accentue cette séparation en disséquant le tissu sous-cutané avec la pointe des petits ciseaux courbes, de façon à bien libérer la muqueuse et à pouvoir, sans tiraillements, la réunir à la peau par une suture au fil de soie en saisissant avec une pince à griffes d'abord la conjonctive puis la peau. On place une suture médiane dans l'axe de l'ou-

verture palpébrale, puis deux sutures latérales, une en haut, l'autre en bas. Les fils sont enlevés au bout de trois à six jours.

Tarsorraphie. — Elle agit utilement, en rapetissant la fente palpébrale, contre la déviation en dehors des paupières ou des points lacrymaux. Dans ce cas, on se borne à suturer l'angle externe de la fente palpébrale sur une plus ou moins grande étendue, suivant l'effet à obtenir. La tarsorraphie plus complète ou totale est indiquée en cas de non occlusion ou d'occlusion insuffisante de l'œil dans la lagophtalmie de la paralysie faciale, l'exophtalmie, la rétraction cicatricielle des paupières. Dans les ectropions cicatriciels aucun procédé opératoire ne peut réussir si la suture totale des paupières est négligée et n'est pas maintenue plusieurs mois.

La tarsorraphie s'exécute facilement en avivant soigneusement avec de fins ciseaux les deux bords palpébraux en arrière des cils qu'on respecte. Pour ce faire, on saisit le bord palpébral entre le pouce et l'index de la main gauche pendant que la droite enlève, avec les ciseaux, une bande de muqueuse continue dans toute l'étendue de la paupière. Les deux bords bien avivés, et après s'être assuré qu'il ne reste aucune partie intacte, on insistera sur l'avivement de l'angle externe. Il va sans dire que les points lacrymaux sont respectés. Il suffit alors de passer des fils de soie fins dans la partie *médiane* de la tranche muqueuse avivée et de les nouer en évitant que les cils ne soient saisis entre les lèvres palpébrales. Le pansement aseptique est maintenu huit à dix jours, soit deux jours encore après l'enlèvement des fils.

Si plus tard on désire désunir les paupières pour les rendre à la liberté, il suffit d'introduire derrière elles, juste entre les deux rangées de cils, une sonde cannelée sur laquelle on fait glisser un bistouri droit qui, en chevauchant, incise d'arrière en avant les bords précédemment unis.

Operations sur le globe oculaire. — Je ne parlerai ici que de petites opérations très simples : la *paracentèse de la chambre antérieure,* la *péritomie* et les *cautérisations de la cornée et de la sclérotique*, n'ayant nullement l'intention de toucher à la grande chirurgie oculaire.

Paracentèse de la chambre antérieure. — La paracentèse ou ponction de la chambre antérieure, est indiquée en cas d'ulcères infectieux de la cornée quand l'hypopion est abondant ou que l'ulcère menace de se perforer, en cas d'iritis douloureux alors que la pupille se dilate mal sous l'influence de l'atropine, et encore comme opération d'urgence dans le glaucome aigu lorsque le médecin n'est pas assez exercé ou est incomplètement outillé pour pratiquer l'iridectomie, qui reste l'opération de choix.

Un blépharostat externe, un couteau à paracentèse à arrêt, une pince à fixer, une petite spatule, sont les instruments nécessaires pour l'exécution de la ponction qui doit être faite comme il suit :

Après cocaïnisation, mise en place de l'écarteur et fixation du globe à la pince, on fait pénétrer dans la partie inférieure du limbe scléro-cornéen la pointe du couteau.

Cette pointe sera dirigée d'abord perpendiculairement à la membrane, mais, à mesure de la pénétration, on abaissera le manche de l'outil jusqu'à ce que la lame se trouve bien parallèle à l'iris, qu'on évitera de blesser ainsi que le cristallin, grâce à cette manœuvre. On retirera lentement le couteau en déprimant avec le dos de la lame la lèvre inférieure de la section dès qu'on aura vu *briller* sa pointe dans la chambre antérieure. La petite spatule servira à entrebailler la plaie pour favoriser la sortie de l'humeur aqueuse ou de l'hypopion. S'il existe du pus concret, on peut l'extraire avec une pince courte à mors plats sans griffes.

Le bandeau compressif sera appliqué et maintenu deux ou trois jours.

Péritomie. — Recommandée en cas de sclérose de la cornée, de pannus, d'ulcère marginal, la péritomie ou tonsure, circoncision de la cornée, sera faite avec la pointe fine du thermo-cautère portée au rouge, en ne dépassant pas la température qu'indique cette couleur afin de ne pas perforer la sclérotique, et promenée circulairement tout autour de la cornée à 2 ou 3 millimètres du limbe.

Le sillon ainsi tracé devra être assez large et s'arrêter en profondeur à la sclérotique.

S'il ne s'agit que de sectionner quelques vaisseaux ou que de cautériser en face d'un ulcère marginal, on pourra se contenter d'une péritomie partielle, limitée à l'étendue des surfaces en cause.

L'application presque continue de compresses boriquées chaudes, maintenues pendant quarante-huit heures, favorise l'action de la péritomie.

Cautérisations de la cornée et de la sclérotique. — Elles se font avec la pointe fine du thermocautère et sont indiquées sur *la cornée* en cas d'ulcère infectieux ou torpide, de tendance au staphylome ; on se contentera de toucher la surface malade sans perforer la membrane, mais, s'il y a menace de rupture, il est préférable de réaliser la perforation par la cautérisation plutôt que d'attendre qu'elle se fasse spontanément.

Les pointes de feu seront mises *sur la sclérotique*, et elles peuvent alors être aussi nombreuses et aussi rapprochées que le comporte la nature du mal, pour combattre des sclérites rebelles. Certains auteurs les conseillent, dans le décollement rétinien, faites au niveau même du soulèvement.

Ces diverses cautérisations n'amènent que peu de réaction et ne nécessitent le port du bandeau que que pendant quarante-huit heures environ.

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

DE L'EXAMEN DE L'ÉTAT GÉNÉRAL EN CHIRURGIE.

Des troubles fonctionnels des reins avant et après les hystérectomies pour fibromes.

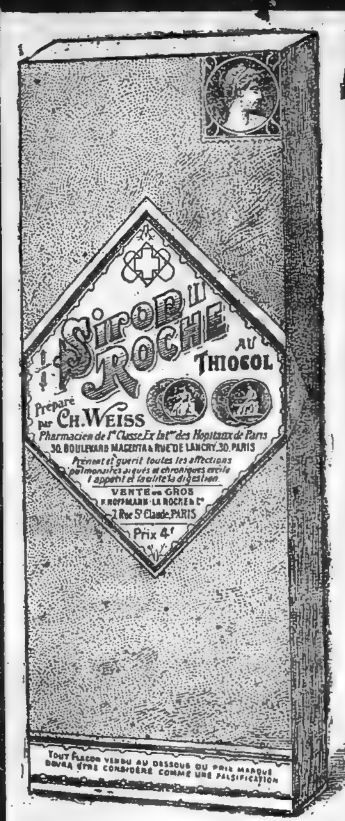
Par le Dr Paul Petit,

Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre St-Michel.

Il ne suffit pas d'établir le diagnostic de la lésion qui suscite l'intervention opératoire, — de saisir la nécessité ou l'utilité de cette intervention, —le choix de la voie et du procédé, — et enfin d'opérer *secundum artem.*

Aujourd'hui, comme demain, le succès ira surtout au chirurgien qui, tout en étant habile, aseptique et bien entouré, veillera de près à l'examen de l'état général de ses malades, c'est-à-dire de leurs humeurs, comme on disait au bon vieux temps, et des organes autres que celui auquel il s'attaque.

Etre aseptique, c'est indispensable ; mais ne voir jamais dans un phénomène infectieux post-opératoire qu'un accident venu de la plaie, ce peut être, comme je le montrerai, un gros danger. Opérer rapidement



1 cuillerée à soupe = 1 gr.
THIOCOL ROCHE
= 0.52 **Gaïacol crist.**

AFFECTIONS PULMONAIRES

TUBERCULOSE

BRONCHITES

RHUMES

TOUX

COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

1 comprimé = 0.50 gr. THIOCOL ROCHE = 0 gr. 26 Gaïacol crist.

Préparations gaïacolées idéales. D'un goût agréable. Supportées par les estomacs les plus délicats.

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS INACTIVES OU TOXIQUES

GYNÉCOLOGIE

DÉCONGESTION PUISSANTE

SÉDATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES SOUFFRANCES

DIMINUTION DES PERTES

ACTION CALMANTE ÉNERGIQUE

*Les **TACHES** sur la peau et le linge disparaissent par simple lavage à **L'EAU**.*



F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie

7, rue Saint-Claude, 7

PARIS

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

des préfets : le Sou médical s'en est assuré l'an dernier.

Concours à Dr L. N. de Li T. P. — Non : le médecin qui fait la pharmacie sans tenir officine ouverte. (Loi de germinal, article 27) ne paye pas deux patentes ; il paye seulement la plus élevée, celle de médecin.

Dr J. M., à *Concours.* — Je profite de quelques momoments de répit pour vous poser quelques questions de pratique, toujours, hélas au sujet de ces malheureux accidents du travail. Je vous le repète, en notre ville industrielle, remplie d'usines et d'ouvriers, la loi est violée à chaque instant, grâce à la mauvaise volonté des Cies, des patrons, et à la complicité coupable de quelques médecins.

1° Je soigne un apprenti blessé : j'envoie une note montant à 52 fr. Le patron refuse de payer et me dit qu'il fera expertiser la note. De mon côté, je la revois soigneusement et je m'aperçois, le tarif ministériel en main, que j'ai agi en naïf et que j'ai oublié de mentionner plusieurs petites opérations tarifées deux visites, trois visites, etc. bref le total devient 86 fr. Puis-je envoyer ma seconde note ainsi rectifiée établie d'après le T. M. sur un imprimé du Concours et scrupuleusement, je vous prie de le croire ; je n'ai rien ajouté, mais je n'ai rien retranché bien entendu ? Le juge de paix, si nous allons jusque-là, peut-il trouver à redire à cette 2e note, si le patron produit en même temps la 1re, et puis-je réclamer le montant intégral de la 2e, je vous le repète, consciencieusement établie d'après le T. M. ?

Réponse. — Cette 2e note étant la seule conforme au tarif Dubief est celle qui doit être soumise au juge ; tant pis si vos adversaires y perdent.

2° Je soigne un blessé appartenant à une de ces puissantes sociétés industrielles qui s'assurent ellesmêmes et ont un médecin à gage. Je fais les certificats après avoir vu le malade à 11 h. du matin. Le médecin de la Cie vient à 7 h. du soir. Les certificats avaient été portés au siège social à 2 h. du soir. Remarquez bien. Le blessé avait eu la faiblesse de se laisser regarder la plaie. Le lendemain je reçois un poulet de la Cie me disant que son médecin lui fournissant les certificats necessaires, les miens lui sont inutiles et elle me les retourne. Ne croyez-vous pas que cette

Suite page X.

c'est une grosse garantie, mais il ne faut pas se laisser absorber par le record de l'heure : nous sommes, à ce point de vue, assez badauds et ce n'est pas d'aujourd'hui que les maîtres, soucieux de s'assurer un cortège d'admirateurs, ont cru devoir y sacrifier. Témoin la façon dont se passait, dans le service de Chassaignac, une séance d'amygdalotomie, suivant le récit que m'en faisait hier un illustre collègue :

Les patients, aussi nombreux qu'il s'en pouvait trouver, s'agenouillaient sur un rang et on leur glissait sous le menton un drap plié qui complétait l'alignement ; alors le maître passait et appliquait avec maëstria à chacun des patients un amygdalotome ou le plus souvent deux ; arrivé au bout de la file il prenait du recul pour juger et faire juger de l'effet produit par toutes ces bouches ouvertes et domptées ; puis il repassait et avec la rapidité de l'éclair les 10 ou 12 amygdales tombaient dans le drap qui de bout en bout se pourprait. Les spectateurs ne semblaient-ils pas suffisamment impressionnés, on oppposait à cette séance de prestidigitation un record de lenteur, ce qu'on appelait le « *festival hémorrhoïdo-fistulaire* » dont l'écraseur faisait les frais. Aujourd'hui, certains pensent avoir rempli tous leurs devoirs en subtilisant un fibrome comme Chassaignac cueillait un bouquet d'amygdales A mon sens ils se trompent, et je voudrais, dans une série d'articles vécus, sans m'astreindre d'ailleurs à aucun ordre didactique, démontrer au lecteur que, malgré la rapidité de nos progrès, les nécessités de la clinique ne changent pas; que l'examen de l'état fonctionnel des malades, d'ailleurs singulièrement facilité par ces progrès est toujours aussi indispensable au chirurgien qu'au médecin; qu'il faut y recourir non pas seulement pour décider d'une intervention, mais pour bien soigner ses malades avant et après.

Aujourd'hui, j'insisterai sur l'importance considérable du diagnostic *précis*, du pronostic et du traitement des troubles fonctionnels des reins, avant ou après les hystérectomies pour fibromes. D'une façon générale, cette importance relève du rôle des reins en tant qu'éliminateurs non seulement des déchets nutritifs et des toxines mais des microorganismes infectieux; dans l'espèce, c'est-à-dire en cas de fibromes utérins, elle se trouve doublée par l'entrave que peut apporter la tumeur au cours des urines.

Les troubles fonctionnels des reins avant ou après les hystérectomies pour fibromes peuvent être sous la dépendance de la rétention rénale, de la congestion simple du rein, du mal de Bright ou de la pyélonéphrite ascendante.

La simple *rétention rénale*, la *dilatation aseptique du rein*, due à la compression de l'uretère, ne se traduit que par une augmentation de volume du rein et de l'albuminurie et doit déjà se soupçonner à l'évolution pelvienne de la tumeur et à la disposition de ses lobes. Son diagnostic ne peut entraîner logiquement qu'une décision : l'intervention radicale et aussi prompte que possible. Ce serait donc une faute grave de la part d'un médecin que de considérer l'albuminurie comme suffisante par elle-même à la contre-indiquer, sans vouloir aller plus loin dans l'analyse symptomatique.

Le *mal de Bright*, fibrose rénale parallèle comme évolution à la fibrose utérine, doit être également décelé, avant l'intervention, par l'examen des urines et les symptômes petits ou grands du brightisme. Il contre-indique généralement tout acte opératoire de quelque gravité.

Mais, ce qu'il faut bien se mettre en tête, c'est que la *congestion simple* du rein qui, à elle seule, peut prendre une certaine importance, c'est que l'*infection du rein* qui en a toujours une grande, se rencontrent de préférence, *après l'intervention*; la première du fait de l'anesthésie ou peut-être aussi de la décompression, la seconde de par cette dernière cause, c'est-à-dire du fait de l'extirpation de la tumeur ainsi que je l'expliquerai tout à l'heure.

L'oligurie dans les 24 ou 48 heures qui suivent une opération de fibrome ou autre est assez commune. Pour être autorisé à dire qu'il y a congestion rénale il faut qu'il s'y joigne un peu d'albuminurie et d'hématurie.

Je l'ai vue s'accompagner de délire sans plus, délire dont je faisais un symptôme urémique et que j'attribuerais plus volontiers, à l'heure actuelle, à l'action directe de l'anesthésique sur le cerveau. On sait d'ailleurs que les délires post-opératoires sont d'une origine complexe où entre l'hérédité névropathique, l'action des antiseptiques, etc. Les deux malades chez lesquels j'ai observé la coïncidence du délire post-opératoire avec de la congestion rénale ont guéri : l'une avait été opérée d'un fibrome, l'autre d'une fistule vésico-vaginale. Comme traitement, j'ai eu recours au régime lacté, aux purgations répétées, aux ventouses scarifiées sur la région lombaire, à la théobromine.

On ne confondra pas l'oligurie due à la congestion rénale avec la diminution des urines due à la ligature d'un uretère. Celle-ci est plus durable et s'accompagne, dès le premier jour, d'une violente douleur lombaire.

L'uretéro-pyélo-néphrite post-opératoire relève certainement, d'habitude, de l'infection ascendante favorisée par la dilatation des voies urinaires et la stase. La vessie étant infectée avant ou après l'intervention du fait des cathétérismes et des rétentions qui les nécessitent, les microorganismes, dès que l'obstacle est levé, trouvent l'uretère et le rein dilatés devant eux c'est-à-dire non seulement plus accessibles qu'à l'état normal, mais mieux préparés pour la propagation.

Il est possible aussi, et toujours grâce à la stase, que l'infection se fasse par la voie sanguine, après avoir pris origine dans la plaie opératoire, l'intestin.

La pyélo-néphrite se reconnaîtra aisément à l'état trouble et au dépôt purulent des urines, à l'augmentation de volume du rein, à la douleur lombaire spontanée et provoquée, à la fièvre et aux phénomènes généraux qui l'accompagnent. Mais chacun de ces symptômes peut manquer et de plus, ni les uns ni les autres ne sont précoces ;or, ce qui importe pour venir rapidement à bout de la lésion, par le simple traitement médical, c'est le diagnostic *ab ovo*. Pour y arriver, il faut dépister d'autres signes sur lesquels M. Bazy a particulièrement insisté : la pollakiurie nocturne (qui ne se détache bien que s'il n'y a pas cystite douloureuse et qui ne prend d'importance dans l'espèce que s'il n'y avait pas antécédemment de néphrite interstitielle) ; la douleur para-lombaire ou *uretérale supérieure*, à 3 travers de doigt environ de l'ombilic, sur le bord interne du grand droit et qui peut irradier vers la vessie avec besoin d'uriner ; la douleur *uretérale inférieure*, avec irradiation vers la vessie ou le rein, siégeant au niveau de l'orifice vésical de l'uretère, coïncidant ou non avec la sensation nette, à l'union des parois antérieure et latérale du vagin, de l'uretère sous forme d'un cordon plus ou moins gros et roulant sous le doigt. Quand ces signes sont nets, inutile, comme le fait observer M. Bazy de recourir à la séparation des urines pour affirmer la lésion et la localiser dans l'un ou l'autre rein.

Mais ce n'est pas tout : certaines lésions du rein peuvent échapper aux procédés de la clinique traditionnelle et pourtant altérer gravement l'état fonc-

tionnel des reins. Pour s'en rendre compte,il est nécessaire de recourir aux nouveaux procédés d'exploration et particulièrement à l'épreuve de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène et la phloridzine. M. Pichevin a écrit avec raison que « l'on devrait soumettre en particulier toutes les personnes atteintes de fibro-myome de l'utérus à cette épreuve, avant de se décider à intervenir. »

Voici, pour terminer, le résumé d'une observation typique et bien instructive de néphrite aiguë consécutive à une hystérectomie abdominale pour fibrome.

Hystérectomie abdominale susithmique pratiquée par moi pour fibrome multinodulaire à évolution sous-péritonéale,avec lobe antérieur faisant fortement saillie dans le cul-de-sac vaginal correspondant et compliqué d'un hydro-salpinx double avec adhérences pelviennes. Rien de particulier à l'examen pré-opératoire des urines.Rien de particulier non plus au cours de l'opération, si ce n'est que la corne vésicale droite adhérait étroitement à la tumeur et se trouvait tiraillée jusqu'au niveau du pédicule annexiel interne de ce côté.Les suites opératoires immédiates avaient été des plus simples lorsque la malade fut prise, dans la soirée du deuxième jour, d'un grand frisson suivi de chaleurs et sueurs abondantes. Je la vois le lendemain matin ; aucun symptôme péritonéal, mais une douleur provoquée par le bord de la main introduite dans le sillon costo-iliaque gauche, de la dysurie, des urines troubles et en très petite quantité (300 gr. dans les 24 h.) avec un disque épais d'albumine provoqué par l'acide nitrique. T. le matin et le soir de ce jour: 38°. La langue qui, il faut bien le dire, les jours précédents, était déjà un peu sèche, rouge sur les bords avec un enduit légèrement fuligineux au centre, est actuellement presque cornée, d'un rouge scarlatiniforme, complètement dépouillée et étalée. Dysphagie. Agitation. Le diagnostic de cystite avec pyélo-néphrite ascendante aiguë s'impose. Comme traitement : ventouses scarifiées, régime lacté absolu, eau d'Evian, purgatifs, lavages vésicaux et, dans la suite, urotropine (1gr.50 *pro die*). Amélioration très rapide. Dès le lendemain, la température est revenue à la normale et désormais n'en bouge plus. Plus de douleur, de dysphagie. La quantité des urines augmente progressivement et au bout d'une quinzaine l'albumine a disparu. La malade quitte l'hôpital paraissant bien guérie à tout point de vue.

Dans un autre cas que je n'ai pas opéré, mais suivi, l'issue fut moins heureuse :

Malade ayant subi l'hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome hémorragique peu volumineux. Aucun trouble urinaire avant l'opération : les urines avaient été reconnues normales. Suites opératoires satisfaisantes durant les 7 premiers jours, sauf que la langue se dessécha dès le deuxième et que la température,normale le matin,s'élevait le soir à 38°.Tous les autres symptômes étaient rassurants ; le pouls notamment était excellent, régulier, plein, et battait entre 80 et 90. Les urines semblaient d'abondance ordinaire. Le 7e jour, brusquement, coma avec parésie du membre inférieur gauche et contracture limitée à la moitié droite du corps. Des flots d'albumine dans l'urine. Mort dans les 48 heures.

Dans le premier cas j'ai eu la chance de pouvoir diagnostiquer et combattre à temps les accidents ; mais peut-être mon diagnostic eût-il été plus précoce si, ne me fiant pas à l'examen pré-opératoire des urines je les avais fait examiner et mesurer à nouveau dès le lendemain de l'opération et les jours suivants. Dans le second cas, j'ai la conviction que la malade eût survécu si l'on avait agi de cette même façon et si l'on avait soumis par suite la malade au régime et à la médication voulue.

A la suite de toute opération de quelqu'importance ayant nécessité l'anesthésie, particulièrement à la suite des hystérectomies pour fibrome, et même si l'examen pré-opératoire des urines a été satisfaisant, il est donc nécessaire de les examiner dès le lendema in de l'opération et jours siuvants. Il est même à désirer qu'à l'examen sommaire consacré par la tradition on ajoute, de façon courante, les procédés nouveaux propres à déceler le degré de perméabilité rénale.

Encore une fois, au cours des suites opératoires, il ne faut pas se laisser uniquement absorber par l'examen du foyer opératoire et de ses réactions propres, il faut regarder au-delà, particulièrement du côté du cœur, du poumon, des émonctoires.

Dans un prochain article je traiterai des soins à donner à l'intestin en chirurgie abdominale et de la stercorémie post-opératoire, pour donner suite à une question qui ne peut manquer d'intéresser des médecins soucieux de pouvoir analyser l'état des malades qu'ils confient au chirurgien et de contribuer ainsi à leur guérison.

HYDROLOGIE

L'Eau de Châtel-Guyon chez les Nourrissons et chez les Enfants au-dessous de deux ans.

Les affections intestinales sont fréquentes au début de la vie ; chacun connaît le lourd tribut que les très jeunes enfants paient à l'entérite, et les méfaits de la *diarrhée verte* — pour ne parler que de cette entéropathie — sont assez redoutés des mères de famille et des médecins pour qu'il soit superflu d'insister là-dessus.

Cependant, si toutes les maladies de l'intestin sont loin de présenter cette gravité et cette évolution rapide, si souvent fatales aux jeunes malades, il en est d'autres, — et parmi celles-là la *constipation habituelle* — qui, pour avoir une évolution beaucoup plus lente, un début plus insidieux, n'en sont pas moins graves dans leurs conséquences à longue échéance et condamnent les malheureux patients à une véritable impotence fonctionnelle d'un des organes qui président à une des plus importantes fonctions de la vie végétative.

Les conséquences lointaines de la constipation des enfants du premier âge ont été peu étudiées, et ce n'est que de nos jours qu'ont paru les premiers travaux vraiment sérieux sur cette affection.

Dans les quatre cas sur lesquels nous basons nos conclusions, il s'agit d'*entérite* se manifestant par un symptôme important : la *constipation*, et d'un symptôme secondaire,constitué par *quelques manifestations cutanées*.Ces cas doivent être classés parmi les *constipations habituelles*, décrites avec un si grand sens clinique par Marfan, dans son *Traité des maladies de l'Enfance*.

Comme nos petits malades étaient nourris exclusivement au sein, (tout au moins au début), avec une surveillance très sévère du régime, il faut ranger leurs affections dans la sous-classe des *constipations congénitales*, que Marfan appelle, avec juste raison, *essentielles*.

Ce genre de constipation, qui se manifeste surtout durant les premières années, est la consé-

quence d'une augmentation considérable des inflexions de l'S. iliaque qui encombre le bassin, proportionnellement plus étroit chez l'enfant que chez l'adulte.

En résumé : 1° La constipation *habituelle* ou *essentielle* des nourrissons et des enfants au-dessous de deux ans est due primitivement, à une variation anormale de la topographie de la seconde portion du gros intestin ;

2° Cette variation de longueur et de trajet est due on ne sait à quoi ! Ce qu'on explique, du reste, en disant qu'elle est *congénitale* !

3° La dilatation du colon, que l'on a pu observer dans ces cas de *constipation essentielle*, n'est amais primitive ;

4° Les matières retenues très longtemps dans 'intestin provoquent une hypertrophie de la paroi, pour lutter contre la stagnation et contre l'action des gaz. Puis, peu à peu, la muqueuse est atteinte, la musculeuse manque de tonicité et nous arrivons alors au troisième et dernier stade de la maladie : *La dilatation.*

Ce qui nous a frappé dans l'étude de la constipation essentielle des jeunes enfants, c'est la très grande analogie que présente cette affection dans son évolution, sa terminaison et son traitement avec l'insuffisanee mitrale ; même cause : *obstacle à la circulation*, des matières fécales dans la première, du sang dans la deuxième ; même réaction de l'organisme qui, dans les deux cas, pour lutter contre l'obstacle, *hypertrophie les parois de l'organe* ; même évolution arrivant comme terme ultime à la *dilatation* de l'organe intéressé ; même traitement enfin : dans la cardiopathie, on luttera à l'aide de la digitale, *tonique et régulatrice du cœur* ; dans l'entéropathie on luttera grâce à l'eau *chlorurée magnésienne* de Châtel-Guyon, *tonique et régulatrice de l'intestin.*

On peut donc dire que l'*eau de Châtel-Guyon est à l'intestin ce que la digitale est au cœur* !

Dans une première publication sur ce sujet (1) nous ne basions nos conclusions que sur deux observations ; nous avons eu à traiter depuis lors deux nouveaux cas et l'un de ces malades n'ayant pu faire sa cure à Châtel-Guyon, l'eau de la *Source Gubler* a été employée à domicile, avec des résultats plus lents, mais qui permettent sans danger d'attendre la saison de 1907.

Le cadre de cet article ne comporte pas les détails d'observations longues et complètes, cependant bien intéressantes et instructives. Nous noterons toutefois que, chez trois de nos petits malades, la constipation datait du début même de la vie, n'avait pas été précédée de *diarrhée verte* et n'a cédé que *temporairement* à une première cure pour disparaître *définitivement* dès la seconde saison à Châtel-Guyon. Les trois malades étaient issus de souche arthritique et chez les trois, une plaque d'eczéma aux joues apparaissait ou disparaissait suivant le bon ou le mauvais fonctionnement de l'intestin. Tous présentèrent une tolérance absolue pour l'eau de Châtel-Guyon, donnée pendant longtemps (*au moins trente jours*) en petites quantités journalières (100 gr. *au maximum après* 15 *mois*) à chacun d'eux.

Pour notre quatrième malade, tout change d'aspect : *diarrhée verte* quelques semaines après la naissance, troubles gastriques graves et amaigrissement rapide ; puis, constipation terrible, résistant à tout, sauf aux grands lavages à l'huile d'olive. La faiblesse extrême de l'enfant ne permettant pas son transport à Châtel-Guyon, l'Eau est prise à domicile et à des doses doubles de celles prescrites à la Source. Même tolérance que les autres, mêmes résultats, mais beaucoup plus lents à se produire bien que la cure aitété poursuivie pendant 45 jours. Des selles régulières ont commencé à se montrer vers le 35e jour, et ont continué à peu près régulièrement depuis lors. (*Il y a environ six mois*).

Nous avons prescrit en attendant la saison prochaine à Châtel-Guyon, une nouvelle cure de 45 jours dès le 1er décembre 1906.

L'examen attentif de ces quatre observations nous a conduit aux conclusions suivantes :

Les nourrissons et les enfants du premier âge atteints *de constipation essentielle* relèvent de Châ-Guyon.

Ces eaux *chlorurées magnésiennes* agissent chez eux comme la *digitale* chez les cardiaques.

Fait important à noter, malgré la date fatidique des 21 jours, ces enfants devront faire à Châtel-Guyon des cures plus longues que les adultes et la durée n'en peut être déterminée d'avance, tout dépendant de l'état du petit malade.

En effet, l'eau de Châtel-Guyon, s'absorbe facilement ; mais, son chlorure de magnésium s'éliminant lentement, il en résulte que des doses successives s'accumulent : c'est ce qui, suivant nous, explique que l'*action régulatrice des fonctions intestinales* ne se manifeste quelquefois qu'après la cure. Il faut un certain *potentiel d'énergie tonique* pour que cette action commence à se produire.

L'eau de Châtel-Guyon, médicament essentiellement *entéro-tonique*, a une action beaucoup plus longue et beaucoup plus durable sur l'intestin que la digitale sur le cœur, médicament essentiellement *cardiotonique.*

De même que l'action de la digitale est presque nulle quand le cœur est atteint d'une dégénérescence quelconque, de même on n'obtient aucun résultat avec l'eau de Châtel-Guyon chez les malades dont l'intestin présente de la sclérose ou une dégénérescence de ses éléments nobles. Il faudra donc envoyer de bonne heure (vers 10 à 12 mois) ces petits malades à Châtel Guyon et si le transport est impossible, prescrire *immédiatement* la cure à domicile, dont l'action est beaucoup plus lente, mais favorise singulièrement le bon résultat d'une cure à faire sur place, aussitôt que possible.

Docteur de Ribier,

de Châtel-Guyon.

(1) *Centre médical*, numéros d'avril et de mai 1906.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'impôt sur les malades par la taxation des spécialités pharmaceutiques.

Quand a surgi la proposition d'une taxe très lourde sur les spécialités pharmaceutiques, le *Concours Médical* a protesté de suite au nom des *malades* consommateurs frappés par répercussion certaine), et au nom des *médecins* qui ne veulent pas laisser toucher aux ressources de leur arsenal indispensable.

Mais il savait bien n'avoir pas tout dit sur l'iniquité de la mesure et se promettait d'y revenir quand sa religion serait éclairée par le langage des hommes compétants.

M. le Dr F. Bousquet, un des amis fidèles du *Concours*, vient de donner dans le *Bulletin des Seiences pharmacologiques* l'étude que nous attendions. Nous nous empressons de la reproduire pour l'édification de tous nos lecteurs, et de ceux-là surtout qui la réclamaient, c'est-à-dire des médecins qui font de la pharmacie au fond des campagnes en vertu de la loi de germinal (article 27) et qui sont menacés de se voir *exercer* comme de simples mastroquets.

L'Impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Un ministre des Finances avait proposé un impôt sur les eaux minérales ; un autre ministre des Finances à trouvé, en attendant l'impôt sur le revenu de tous les contribuables, un impôt sur le chiffre total d'affaires d'une certaine catégorie de ceux-ci, c'est-à-dire sur les spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et de toilette. Nous avons attendu, pour en parler, d'être exactement documentés à ce sujet : la lecture de l'exposé des motifs de ce projet, dont nous reproduirons les passages essentiels, va nous servir de guide.

« Les spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et de toilette ont pris depuis un certain nombre d'années une extension de plus en plus considérable. Aidée par la publicité sous toutes formes, annonces, prospectus, brochures, cette nouvelle branche d'industrie fait chaque jour un chiffre d'affaires de plus en plus grand. »

La vérité est que cette industrie, qui s'est greffée sur l'exercice de la pharmacie, a pris un développement parallèle à toutes les autres industries. Celles-ci ont subi une évolution économique créée, non pas tant par le producteur que par le consommateur qui, soit sollicité par la publicité, soit éclairé par l'expérience personnelle, exige lui-même de son fournisseur une marque, aussi bien pour du coton à coudre, pour des pâtes alimentaires, pour une friandise que pour un remède.

En outre, la spécialité pharmaceutique a permis au médecin de prescrire, lorsqu'il le jugeait utile pour le bien de son malade, des produits d'activité constante, dont il avait reconnu l'efficacité ou qui ne pouvaient être préparés dans l'officine de tous les pharmaciens, par exemple les produits physiologiques, les injections hypodermiques, le chloroforme, les pansements stérilisés, les sérums thérapeutiques, etc.

« Une taxe demandée à ces produits se justifie surtout par les bénéfices réalisés. Les prix de revient sont très inférieurs aux prix de vente et atteignent même le dixième pour quelques produits. »

Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question, qu'il nous sera permis de juger traitée un peu puérilement par une autorité financière. Disons simplement qu'un prix de revient n'est pas seulement fait de l'achat des matières premières, mais encore de la main-d'œuvre, des frais généraux, de la rémunération et de l'amortissement du capital engagé ; que le prix de vente n'est jamais, pour le producteur, celui marqué sur le flacon, sur lequel il doit faire des remises assez fortes aux intermédiaires, à ses représentants, et dont il faut soustraire les frais d'emballage, le transport, et les pertes inhérentes à tout commerce, sans compter les échantillons indispensables pour l'expérimentation. Ainsi, le bénéfice net, quand il existe, se trouve être de 10, 15 %, rarement plus ; encore chez la plupart des fabricants, celui-ci n'est-il dû qu'au commerce d'exportation.

« L'impôt sera donc prélevé en totalité sur l'écart entre le prix de vente et le prix de revient et n'atteindra pas le consommateur. »

Il est impossible à une industrie, à un commerce quelconques, de supporter sans dommages, du jour au lendemain, une charge qui la frappe, non sur ses matières premières, ni sur ses bénéfices, ni sur ses frais généraux, mais bien sur son chiffre d'affaires, plus même que sur son chiffre d'affaires, puisqu'on taxerait, non le prix net de vente, mais le prix marqué, dans une proportion de 10 %. Il n'est pas d'exemple d'une pareille mesure dans notre législation, d'autant plus qu'elle n'exclut aucun des impôts qui la frappent déjà sous diverses formes. Le producteur ne pouvant la supporter la récupérera sur le consommateur ; et l'on ne peut arguer, en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques, qu'il s'agit uniquement d'articles de luxe, car les moins utiles, les plus onéreuses pour la bourse du client, celles qui s'adressent au public par la voie des grands quotidiens, les moins défendables, pourrions-nous dire, ont leur principale clientèle dans les milieux ouvriers des villes et les populations des campagnes.

Nous allons trouver, dans le dispositif, des mesures dont l'application n'atteindra plus seulement le fabricant, mais le détaillant, et, par répercussion, le médecin qui exerce la pharmacie, le propharmacien.

« Le paiement de l'impôt est attesté par l'apposition, sur les boîtes, flacons ou paquets, de vignettes timbrées fournies par l'Administration. L'apposition en est faite par les soins des fabricants ou des importateurs, et dans les huit jours de la promulgation de la loi, par les soins des commercants chez qui se trouveront les produits.

« L'Administration des contributions indirectes est chargée d'assurer l'exécution des dispositions relatives à l'impôt sur les produits spécialisés pharmaceutiques. Les contraventions à ces dispositions sont constatées par les agents dénommés à l'article 5 de la loi du 28 février 1872 et l'article 2 de la loi du 21 juin 1873. »

Ne nous y trompons pas, c'est là l'exercice, avec ses vexations, auxquels seront soumis droguistes, pharmaciens, propharmaciens ; les agents de la régie auront le droit de venir constater chez eux, d'abord, si les vignettes ont été apposées dans les délais prescrits ; plus tard, s'ils ne sont pas détenteurs de produits non taxés, auquel cas la pénalité sera de 100 à 1.000 francs d'amende.

Ainsi, l'impôt proposé ne se justifie en rien et, comme il a fallu trouver un précédent, on invoque l'impôt similaire établi en Angleterre depuis 1783. On oublie de dire qu'en Angleterre la pharmacie est libre et qu'aucune assimilation n'est possible entre la spécialité anglaise, le plus souvent produit hygiénique ou de toilette, et les médicaments spécialisés que les médecins prescrivent parce qu'ils les jugent aptes à soulager leurs malades.

Pourquoi, puisqu'on veut trouver de l'argent, vouloir restreindre cette taxe aux seules marques qui intéressent le malade et à la parfumerie, frappées ainsi d'une sorte d'ostracisme ? En quoi les bénéfices qu'en tirent leurs possesseurs sont-ils moins légitimes que ceux que procurent une moutarde, un cigare, un sel dit phosphaté, un bonbon, un cure-dents, ou la pochette du 5 décembre ? Pourquoi avoir choisi ces industries qui constituent pour la France une de ses principales richesses à l'exportation, se chiffrant par un nombre respectable de millions, grâce au rayonnement de la science francaise dans l'Amérique latine et dans les pays d'Orient, où nous avons nos meilleurs clients, parce que leurs médecins viennent suivre les cours de nos Universités, dont ils se sentent un peu les fils, et préconisent ces produits,

comme ils lisent nos journaux scientifiques, comme ils se servent de nos instruments de chirurgie ?

Un faible droit de statistique, frappant toutes les marques sans exception, serait d'un rendement autrement avantageux et ne léserait aucune habitude, aucun intérêt.

Nous verrons plus loin que cette réflexion, qui venait naturellement à l'esprit de tous ceux qui jugeaient en connaissance de cause, a pris corps dans une proposition législative.

On nous dira qu'on ne frappe pas l'exportation ? Mais une industrie ne vit pas uniquement pour celle-ci, et toute entrave apportée à son libre essor à l'intérieur ne peut que gêner son expansion au dehors. Nous laissons aux intéressés le soin de se défendre à ce point de vue, et à faire valoir les arguments qui militent contre l'acquit-à-caution qui,comme pour les spiritueux,serait exigé de toute caisse renfermant des produits à exporter. C'est là connaître bien mal les conditions de ce commerce, et vouloir ignorer l'existence des maisons qui font à Paris, pour leurs clients d'outre-mer, des approvisionnements comprenant souvent une quantité minime de produits très variés ; la nécessité de cet acquis, comportant sans doute encore un droit de timbre plus ou moins élevé ne sera-t-elle pas une vexation de tous les instants ?

L'application d'une telle taxe entraînerait des difficultés et des contestations sans nombre, car la définition qu'elle donne des spécialités, « produits auxquels le vendeur attache une dénomination particulière ou dont il réclame, soit la priorité d'invention, soit la propriété exclusive, ou bien dont il préconise la supériorité par voie d'annonces, de prospectus ou d'étiquettes », atteint non seulement les spécialités pharmaceutiques proprement dites, mais encore les innombrablies produits conditionnés que le pharmacien trouve commode, pour sa vente courante, de préparer lui-même ou d'acheter tout faits en y faisant figurer son nom, et qui, la plupart du temps, portent sur un prospectus et sur l'étiquette quelques indications sommaires, utiles au malade et qu'il est dans tous les cas satisfait d'y rencontrer, car il les réclame lorsqu'elles ne s'y trouvent pas.

Ainsi, telle que la taxe est proposée dans la loi de finances, elles apparaît comme injuste et vexatoire ; injuste surtout, parce qu'alors que les vins toniques spécialisés, et d'une vogue plus ou moins étendue, seraient frappés, lui échapperaient les apéritifs innombrables que le législateur n'ose pas toucher, alors qu'il y aurait à prendre contre eux des mesures de sauvegarde sociale, et que ces préparations, par des subtilités juridiques, sont sorties du domaine de la pharmacie, dans lequel elles auraient dû être étroitement confinées. Aussi a-t-elle provoqué les protestations de tous les intéressés, pharmaciens, spécialistes et détaillants, médecins,par l'organe de leurs journaux scientifiques et professionnels.

Il y faut voir d'ailleurs un reflet de ce préjugé indéracinable, que la pharmacie est un Pactole, que nous faisons fortune avec une rapidité vertigineuse. On nous en veut de ce que, la maladie étant un accident, on ne la prévoit pas dans le budget familial, alors que les friandises, les distractions de toute sorte, la goutte et l'apéritif sont choses intangibles.

Aussi sommes-nous les parias sur lesquels on trouve toujours à tondre : patentes de luxe, empiètements des mutualités, tarifs de famine imposés par celles-ci ou par les services d'assistance, nous classent sans cesse parmi les heureux de la terre, et l'on ignore trop combien d'entre nous vivent chichement, quand ils ne tombent pas dans la misère, d'une profession pour laquelle on a exigé d'eux les études supérieures les plus longues et les plus sérieuses. Et si quelques-uns d'entre nous ont trouvé, par la chance et par le travail, une source de fortune dans la spécialité pharmaceutique, on oublie ceux qui s'y sont ruinés et l'on ne voit pas que, pour le grand nombre, c'est dans les quelques billets de cent francs que, par année, leur rapporte une préparation appréciée, qu'ils ont trouvé un peu de bien-être dans le présent ou quelque sécurité pour l'avenir.

Tout ceci, mal connu de nos législateurs, serait sans doute d'un bien faible poids devant la nécessité de boucher un trou de notre budget, si la question n'avait été magistralement portée à la tribune de la Chambre par un de nos maîtres, M. le professeur Cazeneuve, à propos d'une loi d'une toute autre nature. Dans la séance du 27 novembre, il a émis l'idée, pour procurer les ressources nécessaires à l'application de la loi sur les fraudes, qui ressort au ministère de l'Agriculture, auquel précisément on vient de rattacher dans ce but l'inspection des pharmacies, de frapper d'un petit impôt toute les marques de fabrique, de quelle que nature qu'elles soient. Et nous avons appris en même temps que le rapporteur général du budget, M. Mougeot, était l'auteur d'un amendement analogue, et que la question était à l'étude au ministère des Finances.

Cette proposition a été accueillie favorablement par M. Ruau, ministre de l'Agriculture, qui en entendait parler pour la première fois.

Poussant plus loin son idée, M. le professeur Cazeneuve vient de déposer dans ce sens un amendement à la loi de finances ; d'après lui, on pourrait obtenir 25 millions des mesures suivantes :

« Un impôt *ad valorem* est établi sur tous les produits ou marchandises revêtus d'une marque de fabrique ou de commerce, déposée ou non, et définie par l'article 1er de la loi du 23 juin 1857.

« Cet impôt est basé sur le prix de vente au détail, prix dont l'inscription sur les étiquettes en caractères apparents est obligatoire, conformément aux tarifs ci-après :

Produit dont le prix de vente ne dépasse pas 1 fr.	0,005
— — dépasse 1 franc.........	0,1
(par franc ou fraction de franc).	

« Sont exemptés de cet impôt les médicaments simples ou composés que le pharmacien doit revêtir d'une étiquette conformément aux prescriptions de la loi de germinal an XI, et dont il ne réclame pas la propriété exclusive ou la supériorité par voie d'annonces, de prospectus, d'étiquettes, de marque déposée ou encore par voie de dénomination particulière. »

Les autres dispositions sont semblables à celles de la loi de finances ; il est dit cependant qu'un règlement d'administration publique précisera les conditions d'apposition du timbre et que l'exécution de ces dispositions sera surveillée par le service d'inspection organisé en vue de l'application de la loi sur la répression des fraudes et le service d'inspection des pharmacies. La question change ainsi de face, car la plupart des mesures contre lesquelles nous nous élevions plus haut disparaissent ; seul, l'inspecteur des pharmacies doit avoir le droit de pénétrer dans nos officines, en dehors de toute action judiciaire ; souhaitons d'être préservés de l'intrusion de l'agent des contributions indirectes, la terreur des négociants en vins, et dont la compétence, dans le domaine pharmaceutique, est absolument nulle. Espérons également l'abolition de l'acquit-à-caution, nécessaire pour les objets destinés à l'exportation, et qui sent trop aussi les contributions indirectes.

La proposition de M. le professeur Cazeneuve a encore le mérite de laisser entièrement de côté l'épineuse question de la reconnaissance légale des spécialités pharmaceutiques, qu'on avait crue résolue par l'affirmative par la taxation proposée ; quoique ce point de vue fût discutable, l'existence d'un impôt étant indépendante de la licité du produit auquel il est appliqué, il n'est plus question maintenant que d'une taxe sur la marque de fabrique ou de commerce qui, pour les spécialités pharmaceutiques comme pour les autres produits, a toujours eu la protection des tribunaux.

Dr F. BOUSQUET.

P.-S. — Les lignes qui précèdent constituent presque maintenant une page d'histoire ; malgré les excellents arguments présentés à la tribune par MM. G. Berry, Péchadre, le professeur Cazeneuve, G. Menier, Astier et Pelisse ; la Chambre, à une grosse majorité, a rejeté l'amendement Cazeneuve et voté l'impôt demandé par le ministre. Le siège des députés était fait, car, pour la plupart d'entre eux, toute spécialité pharmaceutique est un produit charlatanesque comme ceux destinés à faire durcir les appâts féminins ou à régénérer les sens affaiblis des vieillards. La discussion a eu deux résultats : 1° faire

exonérer les produits de parfumerie, d'une utilité plus urgente, paraît-il, que les produits pharmaceutiques ; 2° exempter également les produits conditionnés, par l'adoption de l'amendement Morel, ainsi conçu :

« Sont exempts les produits que les pharmaciens préparent pour les livrer directement à leur clientèle, sans publicité et exclusivement au détail. »

Il y aura encore là matière à contestation, car il ne faut pas oublier que la publicité peut être constituée par l'étiquette. Tout dans cette loi adoptée à la hâte prêtera à discussion. Faut-il, pour cela, avec M. Prache, défier le ministre de l'appliquer ? Non, l'Administration des contributions indirectes saura toujours appliquer une loi fiscale : elle ne sera jamais embarrassée pour trancher un cas douteux, car la taxe lui semblera devoir avec évidence y être perçue ; aux intéressés de se défendre. Retenons simplement que le ministre des Finances a promis que le pharmacien ne serait pas exercé.

Quel sort le Sénat fera-t-il à ces articles de la loi de finances ? Faut-il espérer une réduction du taux de la taxe ? Mais alors, puisque son but est uniquement de produire des millions, et que déjà, au taux de 10 %, on estime qu'elle n'en donnera pas un, est-ce la peine pour quelques centaines de mille francs de jeter le trouble dans une profession honorable par une mesure injuste et vexatoire ? F. B.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

CONSEIL GÉNÉRAL.

Paris, le 8 janvier 1907.

A M. le docteur Jeanne,
Rédacteur en chef du *Concours Médical*.

Très honoré confrère et cher collègue,

La commission nommée par le Conseil général, composée de MM. Bucquoy, Périer et moi-même, vient de se réunir pour arrêter le dépouillement du scrutin pour l'élection de Président général de l'Association.

J'ai pensé qu'il vous serait agréable d'en connaître les résultats exacts pour les publier dans votre intéressant journal, comme suite au petit article que vous avez bien voulu publier samedi dernier.

Voici ces résultats :

Nombre de sociétés composant l'Association	94
Nombre de membres inscrits dans ces sociétés	9.174
Nombre de sociétés ayant pris part au scrutin	93
(L'une d'elles n'a pas fait procéder au vote)	
Nombre de membres inscrits dans ces 93 sociétés	9.153
Nombre de suffrages exprimés	4.358

Sur ce nombre de 4.358, M. L. Lereboullet a obtenu 4.258 suffrages. Il lui en a donc manqué juste cent pour avoir l'unanimité.

Dans les élections antérieures, le chiffre de suffrages le plus élevé que nous trouvions est 3.786 (réélection de M. Lannelongue, le 14 février 1897).

Je serais très heureux si vous vouliez bien publier ce résultat dans le *Concours*. Je vous adresse à l'avance tous mes remerciements et vous prie d'agréer, très honoré confrère et cher collègue, l'assurance de mes sentiments tout dévoués.

Dr BLACHE.

Mutuelle assurance-vie des médecins de France.

Siège : 30, *rue La Boétie*, 30.

Compte-rendu de l'assemblée générale du 28 décembre 1906.

L'année qui vient de s'écouler a été pour nous particulièrement dure, car nous avons eu à déplorer la mort de deux de nos confrères : les Drs Lescaux et Maréchal dont les veuves ont touché la somme de 1000 francs montant de l'assurance et 200 fr. somme fixée par l'Assemblée générale comme secours.

Ces deux exemples nous montrent l'excellence de notre Société, car, en échange d'une faible cotisation (30 fr.), nos deux confrères ont pu assurer à leur famille un secours opportun et relativement important.

A ce propos, l'Assemblée générale adopte la proposition suivante : « En fin d'exercice et suivant l'état des réserves, sera fixée chaque année la somme à répartir entre les ayants droit éventuels.

Le montant de l'assurance sera payé comme par le passé, immédiatement au décès de l'assuré et le secours ne sera alloué qu'après le vote de l'assemblée générale, au mois de décembre. »

Notre situation est prospère et notre œuvre est parmi les plus prévoyantes. Nos frais généraux n'arrivent pas à 45 fr., grâce à la bonne administration de notre trésorier, M. le Dr Levassort.

Nous avons versé cette année à la caisse des Dépôts et Consignations la somme de 866 fr. 80 pour notre assurance.

Le Secrétaire-général, Dr RENOUARD. *Le Président,* Dr BARATOUX.

Syndicat des médecins de Sarlat.

Les confrères sollicités de s'installer à Sarlat (Dordogne) sont prévenus: 1° que cette ville possède quatre médecins actifs, sans compter les spécialistes, pour une agglomération de 5000 habitants environ, dont 1500 indigents ;

2° Que cette manœuvre est le fait d'une municipalité et d'une Société de Secours Mutuels qui prétendent rémunérer leurs *médecins au-dessous du tarif déjà très réduit de l'assistance médicale gratuite* ;

3° Qu'en présence de cette exploitation, le corps médical sarladais a pris la détermination de maintenir des honoraires simplement équitables ; et que c'est uniquement pour faire échec aux légitimes résolutions des médecins de Sarlat que des promesses, devant être vite suivies d'amères désillusions, sont susceptibles d'être adressées à des confrères non prévenus, qu'elles pourraient leurrer par les offres d'une situation misérable.

Echos d'assemblées médicales à Caen.

Si l'on en juge par le nombre et la longueur des réunions, la journée du dimanche 16 décembre peut compter pour une journée bien remplie. Peu soucieux du repos hebdomadaire, nos confrères entraient en séance à 1 h. 1/2 de l'après-midi pour n'en sortir qu'à 6 h. 1/2.

Ce fut d'abord la réunion mensuelle de la *Société de médecine de Caen et de Basse-Normandie* dont le compte rendu est publié dans l'*Année Médicale.*

Ensuite : l'Assemblée générale de la « *Société unie du Calvados* » au cours de laquelle il fut procédé au renouvellement du Bureau nommé pour six ans.

Ont été élus : Président : M. le Dr Marais, de Honfleur, en remplacement de M. le Dr Gidon qui ne se représentait pas ; vice président : M. le Dr Noury ; secrétaire : M. le Dr Osmont ; trésorier : M. le Dr Duvivier.

C'est également à cette séance que fut ouvert le scrutin pour l'élection du président de l' *Association Générale des Médecins de France.* Le résultat, qui n'en sera connu que plus tard, amènera certainement le Dr Lereboullet à la succession du regretté professeur Brouardel.

Pour terminer une journée aussi bien commencée, la « *Fédération des Syndicats médicaux du Calvados* » qui se réunissait après, a, elle aussi, procédé à l'élection de son bureau pour 2 ans.

Ont été élus : Président : M. le Dr Barette, de Caen ; vice-président : M. le Dr Rachet, de Honfleur : secrétaire-trésorier : M. le Dr Madelaine, de Saint-Pierre-sur-Dives.

Elle a, de plus et à l'unanimité, voté l'ordre du jour suivant qui sera adressé à tous les Présidents de Sociétés de Secours mutuels du Calvados.

« *Les Syndicats médicaux du Calvados, considérant* « *que le principe de la liberté du choix du médecin* « *est applicable à tout malade, sont décidés à traiter* « *les mutualistes quels qu'ils soient sans tenir* « *compte de leur qualité de mutualistes, et à les* « *soigner à un tarif proportionnel à leur situation* « *sociale.* »

Le soir, à 7 heures, les membres de l'Association se retrouvaient dans un banquet fort bien servi par le restaurant de Madrid. Au champagne plusieurs toats furent portés, notamment par le nouveau vice-président, à la santé de M. le Dr Gidon qui a rempli ses fonctions de Président avec un zèle et un dévouement auquel chacun sait rendre hommage.

CORRESPONDANCE

Comment on se défend entre syndiqués des vrais syndicats.

Cher Directeur,

Avant que de m'être abonné, tout récemment, au *Concours* je vivais en communion parfaite avec lui. Je suis arrivé au V... (4800 habitants l'hiver, 8000 l'été) et je m'y suis trouvé avec 6 confrères, moi septième. Les dits confrères non seulement se tournaient le dos mais faisaient tous leurs efforts pour s'arracher des clients déjà trop disposés à sauter d'une branche à l'autre avec une parfaite désinvolture. Telle était la situation en avril 1905. Ajouterai-je qu'une compagnie d'assurances était reine et maîtresse et des patrons et des médecins, qu'une société de secours mutuels boycottait (par l'influence de ses membres honoraires) les médecins (et en l'espèce j'étais le seul) qui ne voulaient pas s'inscrire et subir ses ridicules tarifs. *Item* un bureau de bienfaisance laissant, il est vrai, le choix du médecin au malade, mais donnant généreusement une somme annuelle de 200 frs. à partager entre les 7 praticiens, somme qui d'ailleurs ne fut presque jamais payée, les confrères trouvant au-dessous d'eux de réclamer les 28 fr. et quelques centimes qui leur revenaient.

De la part des clients d'été une volonté ferme de ne jamais dépasser le tarif de 5 fr., à la visite, volonté qui s'était fortifiée par l'inertie complète des confrères et qui obtenait ce résultat merveilleux de m'obliger à mener en justice de paix, pour me faire payer à 10 fr., des clients qui versaient un louis à leur médecin de Paris.

Soutenu dans ma clientèle que je formais de toutes pièces, par le Dr N., de B, qui me prêta un concours précieux, et affilié aussitôt au syndicat de Seine-et-Oise, j'entrepris méthodiquement de remonter le courant. Inutile de m'étendre sur les difficultés, qui furent de chaque jour. Voici les résultats non encore brillants, mais qui permettent de présager un avenir acceptable pour la profession ici. Aujourd'hui tous les confrères sans exception se voient, se parlent, se réunissent. Nous avons créé un registre sur lequel nous inscrivons ceux de nos clients mauvais payeurs ou non payeurs et nous mentionnons aussi les douteux avec observations explicatives s'il y a lieu. Nous avons organisé un service de repos hebdomadaire (2 seulement de nos confrères n'y participent pas, l'un parce qu'il dirige un établissement considérable pour neurasthéniques, l'autre parce que, très gentil d'ailleurs et très déontologique, il est beaucoup plus à Paris qu'ici). Nous avons fait augmenter les tarifs de la société de secours mutuels, où je me suis dès lors inscrit en réservant ma démission le jour où les syndicats médicaux auront tranché les questions pendantes à ce sujet. Nous venons enfin de réclamer à la commune le tarif de l'assistance à la visite.

Tout ceci non pour me targuer d'une veine gloriole, mais pour vous dire et vous permettre de vérifier une fois de plus combien vos vues sont justes et combien l'on peut faire quand on a obtenu l'union et la bonne entente.

Pardon de ce long préambule et maintenant donnez-nous vos conseils au sujet de la dernière question qui nous occupe :

Voilà ce que nous voulons demander à la commune. Tarif à la visite et à 1 fr. 50 par visite pour tous les indigents régulièrement inscrits. Autorisation de faire toujours une première visite dans une famille qui nous semblera indigente et de rédiger une ordonnance avec la certitude que cette première visite nous sera réglée (1.50) et que l'ordonnance sera exécutée. Puis enquête par la mairie et avis qui doit nous être donné de continuer ou non.

Enfin réglementation de nos interventions (forceps, etc.) quand nous serons appelés par une sage-femme auprès d'un indigent, à un louis.

Pouvez-vous me faire connaitre les précédents ou plus favorables ou au moins égaux ?

Cela nous sera d'un grand secours lors de la réunion du conseil municipal où nous serons convoqués.

Merci d'avance et croyez-moi votre bien dévoué,

Dr B.

P. S. J'oubliais de vous dire que le représentant de la Cie d'assurances, que j'ai mis à la porte de chez moi, n'est plus reçu chez aucun confrère et que les patrons pour la plupart n'attendent que le jour où la fin de leur contrat va leur permettre de lâcher cette officine.

C.-S.-H., le 5 janvier 1907.

Mon cher Confrère,

Puisque vous désirez entretenir les confrères dans le *Concours médical* de notre petite histoire locale je vous envoie ces quelques renseignements qui pourront peut être vous servir.

A la suite d'un legs d'une personne généreuse on a fondé une maison de retraite payante avec trois lits gratuits : sous la pression préfectorale et pour avoir aussi la subvention du Pari-mutuel on a créé un petit hôpital de 6 lits, dont 3 gratuits et 3 payants, et de plus une maternité pour femmes en couches.

Sur vos conseils, nous avons demandé à la Commission hospitalière :

1° 360 fr. pour assurer le service médical aux pensionnaires et aux malades indigents — (les 2 médecins de la commune étant de service, à tour de rôle, tous les 2 mois).

2° Les sages-femmes donneraient leurs soins aux femmes en couches, les médecins n'ayant pas à faire d'accouchements, ni d'ailleurs aucune opération dans l'hôpital (pas encore de salle *ad hoc*, pas d'infirmière expérimentée).

3° *Les accidentés* du travail — ou plutôt les patrons — payeraient comme par le passé, les visites et les soins du médecin.

4° Les personnes non indigentes, aisées, qui voudraient se faire soigner pour une maladie à l'hôpital (lits payants) honoreraient le médecin comme *si elles étaient soignées chez elles.*

Ce 4° paragraphe a soulevé de véhémentes protestations au sein de la Commission, qui ne voulait à aucun prix voir des personnes non indigentes et même d'aisance moyenne, honorer leur médecin, outre les 2 fr. 50 par jour réclamés par l'hôpital.

La lutte fut longue entre la commission et les 2 médecins, étroitement unis, qui ne demandaient cependant que des choses logiques et justes à tout point de vue.

On nous rapporta des propos assez grossiers qui furent dits contre nous et les menaces réitérées d'appeler un troisième confrère si nous ne cédions pas complètement sur ce qu'on appelait nos prétentions à nous faire payer par les malades de l'hôpital.

Nous eûmes gain de cause. Depuis 19 mois, les *choses marchaient très bien sur ces données* et nous touchâmes quelques honoraires des gens qui venaient se faire soigner à l'hôpital et qui pouvaient payer le médecin.

La commission hospitalière ne voyait pas, paraît-il, cette situation pourtant équitable d'un bon œil. Fin décembre dernier on nous convoqua à la Mairie pour nous entendre au sujet des «accidentés du travail ».

Après quelques mots de discussion sur les accidentés du travail, il fut convenu que nous aurions droit à 1 fr. par journée d'hôpital, les frais pharmaceutiques déduits. On ne pouvait obtenir mieux tant que cette loi inique ne sera pas revisée.

Puis la Commission remit sur le tapis la question des honoraires donnés par les malades non indigents au médecin qui les soignait. On voulait de nouveau supprimer cette catégorie de malades payant le médecin, quitte à nous augmenter un peu notre fixe.

A quelle idée obéissait la Commission en voulant nous empêcher de réclamer des honoraires aux personnes aisées entrant à l'hôpital comme malades ? C'est, disait-elle, que cela ne se faisait nulle part aux environs! Hélas, j'ai constaté, en effet, que dans quelques petits hôpitaux-hospices de la région, les médecins —faute d'entente ou par paresse— étaient exploités indignement.

Nous protestâmes, mon confrère et moi, énergiquement, contre la proposition de la Commission ; des paroles aigres-douces furent échangées ... et la séance levée après que de nouvelles menaces d'appeler un troisième confrère nous furent adressées.

Nouvelle séance 8 jours après. Voyant notre résolution inébranlable, la Commission admit que les personnes reconnues, après enquête faite par elle, comme étant notoirement aisées, entrant à l'hôpital pour se faire soigner, devaient payer, outre les 2 fr. 50 par journée d'hôpital — les visites du médecin et les frais pharmaceutiques.

C'était en somme tout ce que nous demandions.

Cette petite querelle nous a montré une fois de plus que le médecin est peu récompensé de son zèle et de son dévouement, qu'il est regardé comme taillable et corvéable à merci, et que ceux qui lui doivent tout sont les premiers à l'exploiter et n'hésitent pas à le réduire à la misère en faisant venir d'autres confrères, s'il veut résister à leurs injustes fantaisies.

L'union étroite peut seule faire triompher nos droits légitimes qui ne sont souvent que le droit à l'existence.

Bien cordialement,

Dr M.

Précautions contre les courtiers d'assurances.

Mon cher Confrère,

J'ai lu dans le *Concours* de 6 janvier la lettre édifiante intitulée:«Méfions-nous des Courtiers d'Assurances». Le remède aux situations de ce genre est le suivant:

Quand un médecin signe pour la première fois ou renouvelle un contrat d'assurances incendie, accidents.... etc, qu'il fasse comme moi, qu'il *exige* l'insertion suivante :

« Cette police est résiliable chaque année au gré des deux parties en prévenant 3 mois à l'avance par lettre recommandée. L'agent se basant sur cet article imprimé dans toutes les polices qu'elles doivent être contractées pour 10 ans fera quelques difficultés, mais on peut être sûr qu'il ne risquera pas par un refus de voir passer l'affaire aux mains d'un rival. *Experto crede Roberto.*

L'avantage énorme est de pouvoir « plaquer » une Compagnie ou un agent qui ont cessé de plaire, et c'est bien quelque chose,

Veuillez agréer... etc,

Dr B. de A.

REPORTAGE MÉDICAL

Une adoption officielle. — Le ministre de la guerre vient d'adresser à la Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon une lettre dans laquelle nous lisons :

« Les rapports établis à la suite de l'expérimenta-
« tion, concluant à l'efficacité de l'Eau de Châtel-
« Guyon (Source Gubler) dans les cas de constipa-
« tion opiniâtre consécutive à la dysenterie, à l'im-
« paludisme, à l'entéro-colite, et constatant son
« action stimulante sur la digestion, je suis tout
« disposé à autoriser les hôpitaux militaires à en
« faire usage.. »

C'est l'intronisation officielle de l'Eau de Gubler dans les hôpitaux militaires.

Décret relatif au recrutement des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés (1er août 1906). — Le Président de la République française.

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863, 19 octobre 1894 et 14 août 1905 ;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888, des 12 juin 1899, 7 mars 1900, 6 avril 1904 et 23 janvier 1906;

Vu les avis du comité des inpecteurs généraux en date des 28 novembre 1905 et 2 juillet 1906,

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Décrète :

Article premier. — Les médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés par concours annuel, ayant lieu à Paris dans le premier trimestre de chaque année.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir 33 ans révolus le 1er janvier qui précède le concours.

Ils devront justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président ;

2° Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'intérieur sur une liste de trois noms présentés par la Faculté de médecine de Paris ;

3° Deux professeurs titulaires de Facultés de médecine de l'Etat, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales en exercice dans les même facultés ;

4° Trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton, exerçant ces fonctions depuis au moins trois ans ;

5° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur sur la proposition du comité des inspecteurs généraux ; les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés différentes.

Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-même être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des académies qui auront fourni les professeurs, les agrégé ou les chargés de cours. Cependant pour l'application de cette dernière règle, il ne sera pas fait état du juré visé au paragraphe 2 du présent article.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs, désigné par le ministre de l'Intérieur.

En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général président.

Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30 ;

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures.

Le maximum des points sera de 10.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise.

Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat, et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée ;

3° Une épreuve sur titres ; le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Ces épreuves sont éliminatoires ;

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition.

Le maximum des points sera de 20 ;

5° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médico-légal. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite.

Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury qui détermine notamment les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est annuellement fixé par l'arrêté indiquant la date du concours.

Le jury est constitué avant l'ouverture des inscriptions de candidatures.

Si le ministre de l'Intérieur estime qu'étant données les vacances déclarées et les vacances à prévoir, il n'aura pas à pourvoir à plus de deux postes au cours de l'année, il peut, par dérogation à l'article 1er du présent décret, décider, par arrêté public au « Journal officiel » avant le 1er janvier, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année considérée.

Art. 6. — Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus aux concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

Le médecin adjoint reçu au concours doit occuper, sans retard, le poste qui lui est désigné par le ministre de l'Intérieur ; s'il refuse l'emploi qui lui est offert il est mis en disponibilité et il est fait appel aux médecins adjoints reçus après lui ; lorsque la liste du concours de l'année est complètement épuisée, il est invité de nouveau, à prendre possession du poste qui se trouve vacant ; s'il refuse, il ne pourra être replacé qu'après les médecins adjoints reçus au cours de l'année suivante.

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, dans le délai de cinq ans après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services.

En conformité des décrets des 19 octobre 1894 et 14 avril 1905, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics, sont établis ainsi qu'il suit :

Cadres.	Traitements.
1° DIRECTEURS MÉDECINS.	
Classe exceptionnelle	8,000 fr.
1re classe	7,000
2e classe	6,000
3e classe	5,000
2° MÉDECINS EN CHEF.	
Classe exceptionnelle	8,000 fr.
1re classe	7,000
2e classe	6,000
3e classe	5,000
3° MÉDECINS ADJOINTS.	
Classe exceptionnelle	4,000 fr.
1re classe	3,500
2e classe	3,000

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chefs, après trois ans de stage au minimum dans la classe inférieure ;

Aux médecins adjoints, après deux ans au minimum dans la classe précédente.

Art. 7. — Les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888, des 12 juin 1899,7 mars 1900,mai 1906, 6 avril 1904 et 23 janvier 1906 sont abrogés en ce qu'ils ont de contraire au présent décret.

Art. 8. — Le ministre de l'Intérieur est chargé, etc.

Diplômes universitaires devenant diplômes d'Etat. — Les rigueurs de la circulaire Rambaud vont être atténuées par le décret ci-dessous offert en étrennes aux étudiants étrangers, sans qu'il y soit fait la moindre mention relative aux obligations du service militaire. Nos lecteurs, sont priés de constater que,suivant la formule, l'ineffable Conseil supérieur de l'instruction publique a été entendu.

Vu la loi du 30 novembre 1892 ;

Vu le décret du 25 juillet 1893 ;

Vu les décrets des 31 juillet 1893 et 24 juillet 1899 sur le doctorat en médecine ;

Vu la loi du 10 juillet 1896 ;

Vu l'instruction en date du 21 juillet 1896 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire « médecine », pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à postuler, avec dispenses partielles, le diplôme d'Etat de docteur en médecine à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences.

Art. 2. — La dispense d'examen ne pourra en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

Les épreuves subies au titre universitaire et pour lesquelles le candidat n'aurait pas obtenu les notes jugées suffisantes par le comité devront être subies de nouveau.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 29 decembre 1906.

A. Fallières.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.

Aristide Briand.

Certificat d'études médicales supérieures. — Dans la séance qu'il a tenue le 28 décembre, le Conseil supérieur de l'Instruction publique a adopté le projet de décret modifiant le nom du Certificat d'études médicales supérieures .

Le certificat d'études médicales supérieures,qu'avait institué le décret du 25 juillet 1906 prendra désormais le nom de : « Certificat d'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie».

Il constituera donc le premier degré des épreuves de l'agrégation.

Aux termes du projet adopté, le ministre de l'Instruction publique fixera, d'après les besoins des établissements publics d'enseignement supérieur médical, le nombre des certificats qui pourront être délivrés.

Et allez donc, se dira le ministre,ce n'est pas mon enfant ! !

3e Congrès français de climathérapie et d'hygiène urbaine. — *Cannes, Monaco, Menton, Ajaccio* (1-10 *avril* 1907). — *Comité permanent.* — MM. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, membre correspondant de l'Académie de Médecine ; Chantemesse, professeur à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine ; Guinon, médecin des hôpitaux de Paris ; Huchard, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, président ; Renaut, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, associé national de l'Académie de Médecine ; Renon, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, secrétaire.

Bureau du congrès. — Président : M. le docteur Calmette, correspondant de l'Académie de Médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Vice-présidents : MM. les docteurs Grasset, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, associé national de l'Académie de Médecine ; De Nabias, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux ; Pitres, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, associé national de l'Académie de Médecine.

Vice-présidents locaux : MM. les docteurs Bourcart, de Cannes, et Vivant, de Monte-Carlo.

Secrétaire général : M. le docteur Verdalle, *ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux,* 1, *boulevard d'Alsace, Cannes.*

Secrétaires généraux locaux : MM. les docteurs Didier, pour Menton, et Giocanti, pour Ajaccio.

Trésorier général : M. le docteur Bienfait, villa Louis-Marie, boulevard d'Alsace, Cannes.

Secrétaire-adjoint : M. le docteur Faure, 19, rue Hermann, Cannes.

Secrétaires : MM. les docteurs Josserand, rue Jean-de-Riouffe, Cannes ; Lhuillier, boulevard d'Alsace, Cannes.

Faculté — Hopitaux.

Cours de M. Guisez. — Un cours pratique d'oto-rhino-laryngologie commencera le mardi 22 janvier à 3 h. 1/2 à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel, sous la direction de M. Guisez. Il se continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Ce cours sera essentiellement pratique avec diagnostic et examen de malades. Il comprendra 10 leçons. Sa durée sera de 1 mois. S'inscrire à la consultation de l'hopital les mardis et samedis de 5 à 6 h. Les droits d'inscription sont de 40 fr.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophtalmologie.* — MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Kalt et Valude, commenceront, le mardi 15 janvier, à 1 heure, des leçons cliniques qu'ils continueront les mardis suivants à la même heure.

Des leçons seront faites alternativement par les quatre médecins de la Clinique.

Consultations et opérations à 1 heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Dupuy, de Vervins (Aisne), membre fondateur du « Concours médical » et ancien président de l'*Union des Syndicats médicaux de France.*

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-neuvième année N° 3 20 JANVIER 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LA PRÉPARATION DU CONGRÈS NATIONAL DES PRATICIENS

Il faut en dire un mot dans chacun des numéros du journal, car le temps presse, presse...

Nous sommes heureux de signaler aujourd'hui un bon exemple que nous fait connaître la lettre ci-dessous :

Monsieur et cher confrère,

Le Dr Lemaître (de Gouville) nous ayant demandé, au Dr Leclerc et à moi, de provoquer une réunion des médecins de la Manche pour répondre à l'appel que vous avez adressé dans le *Concours médical*, nous avons accepté à condition que l'on nous fournît l'adhésion préalable des présidents des quatre syndicats médicaux du département. C'est maintenant chose faite. Tous les médecins de la Manche seront donc invités à se réunir à Coutances (point le plus central) et la circulaire sera signée des noms des Drs *Leclerc*, président de l'Ass. dép. des Médecins de la Manche ; *Le Conte*, président du Syndicat médical de l'arr. de Coutances. *Le Tourneur*, président du Syndicat de l'arr. d'Avranches ; *Viel*, président du Syndicat de l'arrt de Valognes, et *Ygouf*, président du Syndicat de l'arr. de Saint-Lô.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'adresser un ou deux exemplaires du dernier numéro de décembre du *Concours* qui contient l'appel que vous avez adressé aux confrères.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments très confraternellement dévoués et de mes salutations empressées,

Dr Louis ALIBERT,
(de Saint-Lô).

Il appert de cette lettre que la simple initiative de notre jeune secrétaire du Syndicat de Coutances, M. le Dr Lemaître (de Gouville), membre dévoué et actif du Concours médical, a parfaitement suffi pour grouper en quelques jours les Sociétés de la Manche en vue de *l'effort local* que réclame le Comité central d'organisation du Congrès.

Nous en savons assez sur ce qui existe dans la plupart des départements pour affirmer que moitié d'entre eux au moins peuvent opérer comme celui de la Manche.

Il faut seulement *vouloir* aller de l'avant, sans trop de scrupules à l'égard des formalités protocolaires, sans se dire que les anciens doivent toujours donner le signal, sans s'arrêter à craindre le reproche de faire du zèle.

Tout cela n'est pas de mise,

De l'initiative : quiconque en est capable doit la prodiguer.

Merci, confrère Lemaître et camarades de la Manche ; votre exemple sera suivi. H. J.

PROPOS DU JOUR

Le libre choix du médecin dans les programmes électoraux

Un résultat.

Dans son assemblée générale du 18 novembre 1905, l'Union des Syndicats médicaux de France, après avoir constaté qu'il n'y avait aucun autre moyen de résoudre cette question si importante du libre choix du médecin pour les mutualistes et les autres malades, prenait la décision suivante :

Considérant :

« Que, au point de vue des intérêts exclusifs des malades, il est contraire à l'ordre public, contraire aux droits imprescriptibles et inaliénables inscrits dans la Déclaration des Droits de l'Homme, de permettre à une personne de renoncer au droit de choisir son médecin ;

« Qu'il est contraire à la sécurité des malades d'être obligés d'accepter un médecin qui n'a pas sur eux l'autorité que lui donnerait la confiance accordée par le malade au médecin librement choisi ;

« Qu'un médecin insuffisamment rétribué est obligé, pour faire face aux nécessités de la vie, de voir un trop grand nombre de clients, de faire des visites trop courtes ; qu'un médecin pressé ne peut établir un diagnostic précoce dans un grand nombre de maladies, en particulier dans la tuberculose ; et qu'il est ainsi impuissant à faire de la médecine préventive.

« Que, dans un grand nombre de circonstances, les chefs d'entreprise étant les directeurs des Sociétés de secours ou d'assistance, il est dangereux de laisser sous leur autorité et à leur merci le corps médical dont l'indépendance est une sécurité pour les malades ;

« Que, au point de vue médical, les Sociétés de mutualistes prenant de jour en jour plus d'extension, seuls peuvent vivre les médecins qui acceptent les exigences des Sociétés, en faisant abandon de leur indépendance ;

Concluent :

« Que, dans ces conditions, il est inadmissible qu'un gouvernement autorise des Sociétés à insérer dans leurs statuts des articles suspendant ou limitant le droit inaliénable que possède toute personne de ne choisir que le médecin dans lequel elle a le plus de confiance ;

Invitent le groupe parlementaire médical à déposer sur le bureau des Chambres un projet de loi spécifiant : 1° qu'à l'avenir les indemnités pour frais de maladie seront données toujours en argent et jamais en nature ; 2° que les Sociétés philanthropiques, industrielles, commerciales ou financières peuvent avoir des médecins contrôleurs, mais qu'il leur est interdit d'avoir un service médical pour le traitement des maladies ;

« *Décident que les syndicats médicaux devront se préoccuper de ce projet de loi au moment des élections, et faire comprendre aux candidats et surtout aux électeurs que le désir du corps médical doit être aussi le leur, puis qu'il y va de la défense de leurs intérêts les plus immédiats : le libre choix du médecin faisant partie du droit imprescriptible du citoyen.* »

Ce dernier article de la décision est le plus important. Sans lui, les autres ne constitueraient que des vœux intéressants, sans doute, mais absolument stériles. Lui seul nous indique le moyen de les réaliser.

L'assemblée générale du Concours Médical tenue le lendemain (19 novembre 1905. *Concours Médical* du 2 décembre 1905) l'a si bien compris qu'elle a pris une décision semblable, dans laquelle on reproduit en son texte intégral le même ordre du jour.

Ces deux décisions donnaient désormais aux médecins le droit et le devoir d'agir sur les candidats et les électeurs pour leur montrer quel intérêt il y aurait pour les uns et les autres à ce que la revendication du libre choix du médecin par le malade soit inscrite dans les programmes électoraux.

C'est pourquoi quelques médecins d'opinions politiques variées, à l'occasion d'une élection au Conseil général de la Seine, s'en référant à ces décisions, se sont préoccupés de faire inscrire cette revendication dans les programmes des candidats ; l'un de nos abonnés a signalé au Conseil de Direction du Concours Médical le candidat qui avait inscrit dans son programme une formule favorable à cette revendication.

Fidèle observateur des décisions de ses assemblées, le Conseil de Direction a fait alors passer dans le *Concours* du 30 décembre 1906 une note ainsi conçue : « M. le docteur Diverneresse informe le Conseil qu'une élection pour le Conseil général de la Seine a lieu dans trois jours pour le canton de Vincennes et que, parmi les nombreux candidats, un seul, M. Brichet, industriel, s'est engagé à réclamer la liberté pour les indigents de choisir leur médecin.

« Le Conseil a déjà déclaré à plusieurs reprises qu'il se refuse à faire de la politique dans le *Concours Médical*, mais, s'en référant à la décision de l'Assemblée générale de 1905, il rappelle que, dans une élection, les confrères devraient ne voter et ne faire voter que pour les candidats ayant inscrit dans leur programme la liberté pour les malades de choisir leurs médecins. Il estime, en effet, que les médecins peuvent bien imiter l'exemple des viticulteurs et des betteraviers qui font passer avant toute autre considération leurs intérêts matériels et ceux de la famille qu'ils ont créée, et engage vivement nos confrères à agir ainsi dans toutes les élections ».

En donnant ce conseil à nos confrères, nous ne faisons que suivre l'exemple qui nous avait été donné par les Mutualistes aux élections législatives de 1906, dans le X[e] arrondissement. Une affiche signée d'un groupe de mutualistes avait été apposée sur les murs de l'arrondissement. Elle invitait les mutualistes à voter pour un candidat dans les termes suivants :

« *Parmi les différents candidats qui sollicitent vos suffrages, un seul, M. M..., a inséré dans son programme un article relatif aux mutualités. En votant pour lui vous assurez le pain de vos vieux jours.* »

M. B..., candidat républicain progressiste à l'élection de Vincennes spécifia dans ses affiches, au 1[er] tour, que son programme comprenait : la faculté pour les indigents des bureaux de bienfaisance de choisir leur médecin.

Les conséquences de l'insertion de cette pro-

messe dans le programme de M. B... se manifestèrent clairement au second tour. Tous les autres candidats qui avaient vu le succès obtenu grâce à cela par leur concurrent dans les réunions publiques et qui avaient compris combien l'appui des médecins lui avait été profitable, se hâtèrent de faire figurer dans leurs programmes cette question du libre choix du médecin par les indigents.

M G..., candidat nationaliste, déclare dans ses affiches « qu'il est partisan des *mutualités*, des retraites de la vieillesse, *de la liberté pour les indigents de choisir leur médecin.* »

M. Girard, républicain radical qui a été le candidat élu avec mille voix de majorité, adressait, deux jours avant l'élection, la lettre suivante à un médecin de la circonscription :

3 janvier 1907.

A Monsieur le Docteur Diverneresse.

Cher Monsieur,

Vous m'avez signalé les atteintes apportées aux droits imprescriptibles du citoyen par diverses collectivités, qui imposent à leurs administrés ou employés l'obligation absolue d'appeler près d'eux, quand ils sont malades, un médecin qui leur est imposé et qu'ils peuvent même ne pas connaître.

Il m'a suffi que cet abus me soit signalé, pour que je prenne sans hésitation l'engagement devant mes électeurs de réclamer, autant qu'il sera en mon pouvoir, le droit pour chaque malade d'appeler près de lui le médecin en qui il a confiance.

Veuillez agréer, cher Monsieur, mes cordiales salutations, avec mon bon et affectueux souvenir.

E. Girard,

Ancien Membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Mais ce n'est pas tout. Plusieurs des candidats sont venus dire aux médecins de la localité : « L'idée est absolument juste. On ne peut comprendre qu'il en soit autrement, si l'on a le moins du monde souci du respect de la liberté individuelle. Le droit du malade de choisir son médecin est un droit sacré. Mais que voulez-vous, on ne peut soi-même penser à tout. Nous n'avons pas envisagé cette question parce qu'elle ne nous était pas venue à l'esprit. *Pourquoi, au moment des élections, les médecins ne font-ils pas comme les autres corporations et ne viennent-ils pas présenter leurs revendications aux candidats ?* »

Ainsi les candidats eux-mêmes tracent leur devoir aux médecins. Ils ne demandent qu'à être éclairés, ils comprennent que c'est leur véritable intérêt et leur bonne volonté est évidente. La preuve c'est que dès que l'un a inséré la question dans son programme, les autres, sans distinction d'opinion, en saisissent aussitôt toute l'importance et se dépêchent de la faire figurer dans le leur.

Nul doute que ce qui s'est produit dans une localité de la banlieue parisienne ne se produise partout si l'on adopte une tactique dont on vient de voir les excellentes conséquences.

Ces résultats ne constituent-ils pas une réponse suffisante aux critiques dont cette tactique, lors qu'elle a été proposée, a été l'objet.

Voyons, par exemple, l'objection formulée par M. le Dr A., à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux le 18 novembre.

M. le Dr A. n'admettait pas qu'on lui dise : « Vous devez incliner votre conscience devant vos intérêts médicaux ». On lui répondait avec raison que les convictions politiques ne pouvaient être mises en balance avec les intérêts de pères de famille, éminemment plus respectables. Mais les objections de M. le Dr A. disparaissent d'elles-même devant les résultats qu'une seule application pratique a obtenus. On le voit, ce n'est pas seulement un candidat, mais tous les candidats, à quelque opinion politique qu'ils appartiennent, qui se sont déclarés pour la réforme que nous réclamons.

Il n'y a donc pas à craindre le plus souvent qu'un électeur soit obligé de voter pour un candidat qui ne partage pas ses idées personnelles. Et, quand bien même cela se produirait, le médecin en votant pour un candidat qui ne serait pas de son parti, aurait la satisfaction d'avoir accompli le premier de ses devoirs en votant au mieux de ses intérêts de père de famille.

On répond ainsi du même coup à l'argumentation d'un autre confrère (*Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux* du 5 avril 1906), qui craignait que la politique ne mette la désunion dans les Syndicats médicaux.

La politique qui ne vise que l'intérêt commun de tous les médecins ne peut être considérée sérieusement comme un agent de désunion. Or, c'est la seule que, suivant notre tactique, nous recommandions aux médecins, comme d'ailleurs aux électeurs. Le conservateur reste conservateur, le radical, radical et le socialiste, socialiste. On ne demande aux uns et aux autres quand le moment est venu que de penser avant tout, à leurs intérêts personnels qui sont ceux de toute la corporation et *aussi et surtout aux intérêts des malades.*

Pour avoir bien saisi cette différence, les candidats dont nous parlions tout à l'heure ont gagné des voix et les médecins qui les ont soutenus, ont donné un exemple qu'il faudra suivre partout en vue d'obtenir de pareils résultats.

Voici donc maintenant, au Conseil général de la Seine, grâce à cette intervention médicale dans une élection, un nouveau défenseur absolu du libre choix du médecin pour tous les malades et les indigents. Défenseur d'autant plus appréciable que M. Girard, le nouveau conseiller général élu, est un ancien membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, et voisin de M. le Dr Marcel Durand, un autre conseiller général de la Seine, partisan également du libre choix du médecin par l'indigent. Nous sommes sûrs, par ailleurs, qu'ils ne sont pas les seuls, et que bientôt ils seront la majorité. Sous peu, nous verrons donc, dans le département de la Seine, les indigents libres de choisir leur médecin, et Paris, une fois de plus, aura donné un grand exemple de libéralisme, mais cette fois il n'aura fait que suivre la province, où, dans la majorité des départements, les indigents ont le libre choix de leur médecin.

LA SEMAINE MÉDICALE

Procédés pour mettre l'habitation à l'abri de l'humidité

M. l'ingénieur PHILBERT a publié dans la *Gazette médicale de Paris* de très curieux conseils sur la manière de garantir les habitations contre l'humidité ; nous croyons être utiles à nos lecteurs en extrayant de ce travail quelques points intéressants.

« Pour mettre une habitation à l'abri de l'humidité du sol, il faut assécher ce sol et construire les murs en matériaux durs et non poreux. Tout procédé qui consiste à revêtir les parois d'une mauvaise construction d'enduits ou de revêtements imperméables, n'est qu'un palliatif insuffisant.

« Pour supprimer l'humidité naturelle du sol, on doit l'assécher en le drainant, tout autour de la maison, par une tranchée plus profonde que le niveau inférieur des fondations, au fond de laquelle on placera soit un lit de pierrailles, composé de cailloux roulés, de préférence aux pierres cassées, soit des fascines ou des fagots. On pourra mieux encore employer les tuyaux de terre cuite fabriqués pour le drainage des champs : on les placera à 2 mètres de distance environ des murs du bâtiment.

« On aura soin de donner à ce drainage une pente de 0 m. 01 à 0 m.02 par mètre pour faciliter l'écoulement des eaux drainées dans un ou plusieurs puisards en pierres sèches.

« Le sol, autour de l'habitation, devra d'ailleurs être maintenu sec et peu perméable par un pavage avec joints en ciment, disposé en pente jusqu'à un ruisseau de ceinture destiné à assurer l'assèchement des bâtiments, en éloignant les eaux des murs.

« Lorsque la maison est construite sur caves bien aérées, cette disposition contribue beaucoup à supprimer l'humidité, mais si elle est toujours employée dans les constructions de rapport importantes, elle l'est rarement, par raison d'économie, dans beaucoup de maisons, surtout à la campagne.

« Si on n'établit pas de cours, on devra surélever le plancher du rez-de-chaussée de 0 m. 50 à 0 m.50 au-dessus du sol et combler le vide par un remblai perméable (cailloux, mâchefer), que l'on recouvrira ensuite d'une couche de béton hydraulique de 0 m. 10 d'épaisseur, sur laquelle on posera le plancher.

« Les matériaux des murs de fondation et de soubassement doivent être faits en matériaux durs et non hygrométriques, hourdés au mortier de ciment ou de chaux hydraulique. Une excellente disposition consiste à intercaler entre les murs de fondation et les murs en élévation une assise (ou même deux assises, la seconde étant à une certaine hauteur au-dessus du sol), d'une substance absolument imperméable, comme le bitume, l'asphalte, une lame de plomb ou encore en ardoises ou en carreaux céramiques, qui empêcheront l'humidité de monter par capillarité dans les matériaux, plus ou moins facilement, suivant leur degré de porosité.

« En suivant les recommandations ci-dessus, souvent négligées, car ce sont des travaux qui ne se voient pas, l'humidité ne mouillera pas les murs et ne rendra pas la maison malsaine ».

La thérapeutique par la suggestion.

Les praticiens ont trop souvent le tort de mépriser dans leurs prescriptions les conseils suggestifs qu'emploient avec tant de succès les charlatans. Dans bien des cas, une thérapeutique médicamenteuse ou physique, absolument négative au point de vue scientifique, peut produire des résultats merveilleux et des cures miraculeuses quand elle est appliquée avec grand accompagnement de conseils suggestifs.

M. le Dr Mathieu, de l'hôpital Andral, a récemment fait une communication sur l'énorme utilité de ces pratiques pseudo-charlatanesques et sur leur légitimité dans le traitement de certaines névroses ou chez les vieux chroniques qui veulent guérir à tout prix.

« Dans les névroses digestives, M. Mathieu emploie les pilules d'extrait de *Taraxacum dens leonis*, le vulgaire pissenlit, qu'il prescrit avec grand renfort de conseils et de recommandations spéciales.

« Contre les douleurs erratiques nerveuses, il emploie le *collodion coloré au bleu de méthylène*.

« Sous le nom de *morphine B*, il prescrit une solution isotonique de chlorure de sodium, qu'il injecte comme la morphine ; ces injections réussissent dans le cas de douleurs purement nerveuses, mais échouent lorsqu'il s'agit de douleurs liées à des lésions organiques.

« Comme hypnotique, il emploie *l'eau chloroformée* et les *cachets de phosphate de soude* administrés au moment où l'on veut faire dormir le malade.

« Sous le nom d'*antiphymose*, il injecte aux tuberculeux la même solution de chlorure de sodium. Avec une mise en scène convenable, ces injections peuvent ramener l'appétit et le sommeil, calmer la toux, diminuer l'expectoration et les sueurs ; le poids des malades peut même augmenter. »

Les interventions dans les pieds bots paralytiques

D'après M. le Dr Louis MONNIER, chirurgien de l'hôpital Saint Joseph, les pieds bots paralytiques peuvent être divisés en deux catégories :

1° Les pieds bots par rétraction tendineuse ou simplement par prédominance de certains groupes musculaires.

2° Les pieds bots par déformation osseuse, ces derniers étant souvent l'aboutissant des précédents.

Cette distinction est capitale au point de vue du traitement.

Dans la première catégorie, c'est aux parties molles, aux tendons, qu'il faudra s'attaquer et cela de plusieurs façons suivant les diverses variétés.

Voici par exemple, un pied bot varus direct par prédominance du jambier antérieur ; il se réduisait très aisément ; mais dès qu'on lâchait le pied, celui-ci reprenait son attitude vicieuse.

L'examen électrique montrait que,seul de tous les muscles, le jambier antérieur réagissait : or qu'eût fait une ténotomie de ce muscle ? absolument rien : l'antagoniste (long extenseur commun) étant incapable de profiter de l'allongement du jambier antérieur. Il n'y avait que la greffe de ce tendon sur le long extenseur qui pût permettre au pied de se poser convenablement sur le sol pendant la marche : c'est ce qui a été fait et le but a été atteint.

Dans d'autres cas, dans ceux où aucun muscle n'est paralysé complètement, c'est au contraire à des ténotomies multiples avec souvent massage forcé, que l'on doit recourir, la greffe tendineuse étant absolument impuissante. Ce traitement donne des résultats remarquables : mais il faut faire souvent 5 ténotomies ou aponévrotomies, suivies de massage forcé de 10 à 14 minutes pour chaque pied.

Dans une troisième variété, les ténotomies sous-cutanées ne sont plus de mise, c'est à l'opération de Phelps, ou mieux de Phelps-Kirmisson qu'il faut avoir recours !

Dans une quatrième et dernière variété se rangent les pieds bots ballants avec entière paralysie des muscles et relâchement des ligaments eux-mêmes : pour ceux-là, l'arthrodèse tibio-tarsienne et médio-tarsienne s'impose.

Mais, Messieurs, il est une catégorie de pieds bots qui ne saurait, à notre avis, se trouver bien d'une intervention portant simplement sur les parties molles ou les surfaces articulaires : c'est la seconde de notre classification.

Elle comprend les pieds bots paralytiques anciens, invétérés, avec forte déformation de l'astragale, dont le col est incurvé, dont le corps est presque chassé de la mortaise, avec atrophie et paralysie complète de tous les muscles de la jambe : ce sont là des pieds bots essentiellement osseux et, comme tels, passibles des opérations osseuses : tarsectomies plus ou moins étendues parfois cependant bornées à l'astragalectomie : c'est ce que nous avons fait chez un adolescent de quatre ans 1/2 : l'opération de Phelps, du reste, eût été bien hasardeuse, car il est douteux que la guérison d'une aussi large plaie se fût faite dans de bonnes conditions étant donné le peu de vitalité de ce membre ballant.

En résumé, il faut bien dire que la méthode de Phelps, qui donne réellement des résultats très satisfaisants, ne saurait être appliquée à tous les cas de pieds bots varus paralytiques.

L'Ibogaïne et ses Applications.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, eu l'occasion de parler de l'Ibogaïne, cet alcaloïde qu'il ne faut pas confondre avec l'ouabaïne extrêmement toxique, qui a été expérimentée contre l'asthme et la coqueluche, et l'yohimbine qui est un aphrodisiaque. L'Ibogaïne est l'alcaloïde de *l'iboga*, qui croît au Congo, que les indigènes considèrent comme un stimulant énergique et un aliment d'épargne, et dont ils font une copieuse consommation. Isolée et étudiée par Ed. Landrin, elle a été introduite dans la thérapeutique à la suite des recherches et des expériences du Dr A. Landrin. Les travaux de laboratoire et les essais cliniques (1) ont démontré qu'il s'agit là d'un merveilleux médicament : tonique musculaire, tonique nerveux, excitant de la nutrition. De ces données générales, se déduisent facilement les applications thérapeutiques de l'Ibogaïne qu'on trouvera indiquée toutes les fois qu'il y aura lieu de remonter un état général défaillant, de réparer les pertes d'un organisme affaibli, plus particulièrement dans toutes les formes de surmenage, dans les convalescences, dans la neurasthénie, etc. Sans prétendre au rang de médicament cardiaque, l'Ibogaïne sera avantageusement prescrite dans les cas d'asthénie du cœur, de dilatation, en raison de son action énergique tant sur le myocarde que sur les ganglions intra-cardiaques. L'Ibogaïne, enfin ne saurait être considérée à proprement parler comme un agent aphrodisiaque : toutefois, son action sur le système nerveux la classe au nombre des remèdes contre l'impuissance.

L'Ibogaïne s'emploie sous forme de chlorhydrate, qui forme la base des dragées Nyrdahl dont la formule est due au Dr Landrin et qui sont dosées à raison de cinq milligr. de principe actif : 2 à 4 dragées constituent la ration moyenne habituelle *pro die*.

(1) Exécutés avec le Concours du Prof. Pouchet et du Prof. Huchard.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'action thérapeutique du Bromdiéthylacetamide ou Neuronal, indiqué comme sédatif et hypnotique, en pathologie interne.

Par le Dr M. Nigoul,

Médecin en chef du dispensaire de la Préfecture de la Seine.

Les recherches contemporaines, celles de Schneegans et von Méring en particulier, ont établi l'importance hypnotique du radical éthyle C^2H^5. Toutes les fois qu'un agent chimique offrira dans sa constitution ce radical éthyle, il devra posséder des propriétés hypnagogues. Ainsi l'héroïne, la dionine, le sulfonal, le véronal, renferment dans leur formule le radical C^2H^5.

Mais l'intensité des effets hypnotiques d'un corps déterminé est-elle en rapport direct, comme le veulent Kast et Baumann, avec le nombre des éléments éthyles de sa constitution ? Il semblait logique de l'admettre ; l'expérience, pourtant ne l'a pas démontré. Le Sulfonal, en effet, avec ses deux radicaux éthyles n'est-il pas un somnifère tout aussi puissant que le

Tétronal par exemple, qui nous en offre 4 (1). La pratique démontre, d'ailleurs, que la foule des hypnotiques issus de cette loi chimique ont une énergie médicamenteuse à peu près analogue, et, si l'on se place à ce seul point de vue, on est en droit de dire que l'introduction continuelle d'hypnagogues nouveaux dans notre thérapeutique ne correspondait pas à un véritable progrès.

C'est qu'en effet, on avait beau augmenter le nombre ou faire varier la position des C^2H^5, on maniait toujours la même arme, on piétinait sur place, et, si dans certains cas on arrivait à diminuer la toxicité du remède, on n'augmentait guère son énergie thérapeutique : il endormait encore et toujours grâce à ses éléments éthyles.

Il fallait, au contraire, pour réaliser un progrès, combiner à C^2H^5 un corps nouveau, convenablement choisi pour augmenter son énergie effective, et cela sans toxicité. Cette idée, parfaitement réalisable, a donné naissance au Neuronal.

Pour constituer ce nouvel hypnagogue, un chimiste allemand, le Dr G. Fuchs, et le Professeur Schultze ont fait appel au brome. Ils l'ont combiné aux deux radicaux éthyles du Diéthylacétamide, et de cette combinaison est née le Bromdiéthylacétamide ou Neuronal.

La formule de cet hypnotique est donc la suivante :

$$\left.\begin{matrix} Br \\ H^2C^5 \\ C^2H^5 \end{matrix}\right\rangle C{-}CONH_2$$

Le Neuronal est une poudre blanche cristalline. Peu soluble dans l'eau, mais très soluble dans les dissolvants organiques, il s'emploie en médecine sous la forme de paquets ou de cachets dosés à 0 gr. 50 et que l'on fait prendre à la manière du sulfonal, c'est-à-dire avec un liquide chaud pour faciliter son absorption.

Ce que le praticien doit avant tout retenir dans cette constitution chimique, c'est la présence du Brome. Le Neuronal en renferme 45 %. Ce chiffre n'est, certes, pas négligeable, puisque le bromure de potassium lui-même n'en offre que 65 %. Le clinicien ne devra donc pas considérer ce remède comme un simple agent hypnotique; il l'envisagera encore au point de vue sédatif et antispasmodique. Contenant dans sa formule tout à la fois le Brome et C^2H^5, le Neuronal sera un hypnotique général. Il agira en effet, contre toutes les manifestations de l'insomnie, qu'elles soient liées ou non à la douleur. Il supprimera les impressions sensitives morbides, il influencera aussi et directement l'écorce cérébrale. Hypnotique indirect, hypnotique direct, sédatif et antispasmodique, telle doit être en dernière analyse l'interprétation physiologique de la formule du Neuronal.

Ainsi, à notre avis, placer ce remède au voisinage du sulfonal et même du véronal serait commettre une erreur thérapeutique. Ce serait méconnaître sa richesse bromique, c'est-à-dire la raison pour laquelle l'action de ses radicaux éthyles est renforcée par l'action sédative directe; ce serait, en un mot, méconnaître toute sa personnalité clinique.

(1) ARNOZAN.— *Précis de Thérapeutique*, Tome II, p. 382. — 1903.

Quittons maintenant le domaine de la théorie pour celui de la pratique. Il importe de savoir, en effet, quels vont être les résultats du contrôle expérimental. Les faits cliniques eux-mêmes affirmeront-ils la valeur sédative et hypnotique du Neuronal et que diront-ils au sujet de sa toxicité? Nous allons donc envisager ici, en nous appuyant sur nos observations cliniques, les trois points suivants :

1° Quelle est exactement la puissance sédative du Neuronal?

2° Quelle est l'étendue de son pouvoir hypnotique?

3° Présente-t-il des phénomènes secondaires tels que l'accumulation, l'accoutumance, et des troubles toxiques?

* * *

Les auteurs allemands et français ont publié de nombreuses communications sur les effets somnifères du Neuronal. Ceux-là même qui l'ont découvert, Fuchs et Schultze, affirment, après de nombreuses expériences sur les animaux, qu'il présente une activité hypnotique bien supérieure à l'hydrate de chloral et qu'il est dépourvu de toute action secondaire nuisible (1). Le Dr Becker (2) est tout aussi affirmatif. H. Stroux (3) vante la très faible toxicité du remède. Arthur Siebert (4), Schultze (5) et P. Rixen (6) ont publié des résultats analogues, et il est évident que les médecins allemands sont nettement favorables à ce médicament.

En France, ce remède a déjà subi le contrôle clinique. Artarit (7) a consacré sa thèse inaugurale à l'action hypnagogue et sédative du Neuronal chez les aliénés. Il admet lui aussi un pouvoir somnifère très net avec une toxicité presque négligeable. M. le Dr Marie, médecin en chef des asiles de Villejuif (8), dans trois communications importantes aux sociétés savantes, affirme les mêmes avantages. « A la dose de 1 à 2 grammes, dit-il, le Neuronal possède une action hypnotique réelle, particulièrement marquée, dans l'insomnie simple, les insomnies des états maniaques et les insomnies de cause morale ou psychosensorielle; cette action rend des services dans l'insomnie douloureuse et l'agitation automatique (9) ».

Ces travaux peuvent en général supporter la même critique : ils s'occupent tous, et presque exclusivement, des affections névropathiques. Le Neuronal est un bon hypnotique, il ne produit pas de phénomènes secondaires, voilà un fait acquis. Mais puisque son action est favorable dans les névroses et l'aliénation mentale, ne

(1) Communication à la Société allemande de Psychiatrie à Gottingue. (*Munch. Woch.* 1904, N° 25)
(2) *Psychatrische Neurologische.* 1904, N° 18.
(3) *Deutsche Med. Woch.* 1904, N° 41.
(4) *Psychiatrische Neurologische Woch.* 1904, N° 10.
(5) *Psychiatrische Neurologische Woch.* 1904 N° 10.
(6) *Therapie der Gegenwart.* 1905, N° 1.
(7) *Munch. Med. Woch.* 1904, N° 48.
(8) Contribution à l'étude du Bromdiéthylacétamide (Neuronal) chez les aliénés (*Thèse* de Paris, 1905).
(9) *Communication* à la Société de Médecine de Paris, 27 mai 1905, à la Société de Thérapeutique 14 juin 1905, au Congrès des aliénistes de Rennes, 1er août 1905.

doit-elle pas s'exercer aussi dans d'autres cas de pathologie interne? En outre, il est peu fait mention, dans ces recherches, de l'action sédative directe du Neuronal. Les auteurs ont à peine effleuré ce sujet, et pourtant sa forte teneur en brome aurait dû, elle aussi, forcer leur attention.

Nous avons donc entrepris de combler cette lacune, c'est-à-dire de transporter le Neuronal dans la pratique médicale courante,et d'observer,en même temps que sa force hypnotique, le degré de son action sédative et antispasmodique.

Mais d'abord,quelles sont les causes ordinaires de l'insomnie? Ce sont en premier lieu les excitations sensitives périphériques, et avant tout la douleur. Nous avons plusieurs observations se rapportant à ce groupe clinique et qui nous serviront à étudier le pouvoir analgésique du Neuronal.

L'insomnie peut reconnaître encore une origine centrale. L'action cérébrale est alors seule en jeu. Il s'agit de neurasthéniques et de nerveux surexcités par des chagrins, des émotions, etc. Nous en citerons plusieurs exemples.

A côté de ces insomnies nettement nerveuses, existe l'insomnie d'origine dyscrasique ou toxique. On la rencontre dans les pyrexies, la tuberculose, l'alcoolisme, etc. Nous en avons traité plusieurs cas par le Neuronal.

Après cet exposé clinique, et tout en faisant remarquer que nous laissons de côté la pathologie des névroses dont les auteurs précités ont suffisamment parlé, nous poserons nos conclusions sur les effets cliniques généraux du Neuronal.

Voici d'abord, parmi quatre cas d'insomnie liée à des douleurs névralgiques, l'observation suivante :

Observation I.— Chez une femme de 37 ans, il existait depuis une dizaine de jours une névralgie sciatique gauche se manifestant par des accès douloureux à exacerbations nocturnes. Les souffrances redoublaient vers 8 et 9 heures du soir, la nuit était sans sommeil. Il était facile de reconnaître sur le trajet du sciatique gauche les classiques points douloureux, la manœuvre de Lasègue était positive. L'absence de toute affection définie et les antécédents arthritiques du sujet nous autorisèrent à penser à une affection rhumatismale. Depuis quelques jours, cette malade se traitait elle-même par des cachets de quinine et d'analgésine. Elle parvenait ainsi à se soulager momentanément, mais ne retrouvait pas le sommeil.

Pour éloigner immédiatement cette insomnie pénible, nous avons alors ordonné le Neuronal, réservant au lendemain le traitement salicylé.

La malade prit donc à 8 heures du soir un paquet de 0 gr. 50 centigr. de Neuronal dans un demi-verre de tisane chaude. Une amélioration se produisit, les souffrances diminuèrent et le sommeil revint au bout d'une demi-heure environ. Mais l'action du médicament ne dura pas plus de trois heures et vers 11 heures et demie la malade fut éveillée par des accès douloureux. Nouvelle dose de Neuronal et nouveaux effets au bout de 20 minutes environ. Les douleurs se calmèrent d'abord, incomplètement il est vrai, mais d'une manière suffisante pour permettre un sommeil réparateur qui dura jusqu'à 5 heures du matin.

Le lendemain ,commença le traitement salicylé. Il amena une légère amélioration. Mais vers le soir les douleurs reparurent, et la malade eut encore recours au Neuronal. Elle en absorba d'emblée 1 gr. dans une infusion de tilleul.

Les mêmes effets se reproduisirent et le sommeil persista jusque vers 4 heures du matin. Les réveils furent normaux sans troubles gastriques ou cérébraux. Par la suite nous avons eu recours au stypage. Les douleurs ont nettement diminué, mais la malade a voulu continuer le Neuronal. Elle a pris encore pendant 4 soirs 1 gramme du médicament. Le sommeil devint régulier et normal. Nous avons constaté que les effets hypnotiques s'affirmaient davantage avec les doses nouvelles et au 6ème jour la malade dormit tranquillement pendant 9 heures et demie. Après la cessation du remède les nuits ont été normales.

Cette observation prouve l'action sédative et hypnotique du Neuronal. Tout en faisant remarquer que ce remède n'est pas arrivé à effacer complètement une douleur aussi vive, il l'a diminuée cependant d'une façon suffisante pour permettre à l'effet hypnagogue direct de s'exercer.

Observation II. — Dans un cas de migraine vulgaire sans troubles digestifs bien marqués et caractérisée par une céphalée intense se continuant une partie de la nuit, chez un homme de 24 ans, nous avons donné d'emblée 1 gramme de Neuronal. Les résultats ont été rapides. Au bout de 25 minutes, le malade s'endormait et son sommeil dura 6 heures. Au réveil la tête était lourde, mais la migraine avait disparu. Ce malade utilise depuis lors le Neuronal à chaque accès migraineux. Il a très bien remarqué que tout d'abord, avant l'apparition du sommeil, la céphalée s'atténue, puis un besoin irrésistible de sommeil apparait. S'il essaye de lutter alors contre cette puissance, une sensation nouvelle et particulière apparaît. C'est une sorte de constriction encéphalique qui ne dure pas plus de 10 minutes environ,car le sommeil l'emporte alors. Le réveil a toujours été normal.

Nous avons traité encore par le Neuronal plusieurs cas de céphalée tenace entraînant parfois l'insomnie. Dans ce cas la dose de 0 gr. 50 centigr. est généralement insuffisante et il faut d'emblée avoir recours à 1 gramme. La douleur diminue d'abord et au bout de 20 à 30 minutes le sommeil s'impose. Il dure environ 6 à 7 heures et sauf dans un cas où le réveil fut suivi d'une légère céphalalgie qui dura peu, nous n'avons pas observé de troubles secondaires.

Observation III.— Il s'agit maintenant d'une éruption de zona accompagné de douleurs intercostales extrêmement intenses et empêchant le sommeil. La malade âgée de 49 ans portait sur le trajet des 3 derniers nerfs intercostaux droits une large bande éruptive procédant par poussées successives et parsemées de quelques vésicules. Ces poussées inflammatoires déterminaient des accès douloureux très vifs et une surexcitation nerveuse empêchant tout repos. Nous avons alors donné le Neuronal à raison d'un gramme, mais sans grand résultat, car la malade, après un *sommeil d'une heure, fut réveillée par* sa douleur : 1 gr. 50 n'eut pas non plus des effets suffisants et il était évident qu'il faudrait avoir recours à un plus puissant analgésique. Mais auparavant, nous avons ordonné le mélange suivant :

Neuronal	0 gr. 50
Acétanilide	0 gr. 25

M. Pour un cachet :

Deux de ces cachets absorbés à une heure d'intervalle ont procuré un soulagement très net, puis un sommeil réparateur qui dura près de 7 heures. Ce traitement fut continué pendant 3 jours et chaque fois avec succès. La malade prétend avoir eu seulement des cauchemars, mais c'est là un phénomène trop banal pour que nous soyons autorisé à le mettre sur le compte de notre association médicamenteuse. La malade n'a pas accusé d'ailleurs d'autres phénomènes accessoires, et les nuits suivantes ont été tout aussi réparatrices.

C'est encore dans le cas de menstruation difficile non congestive et sans légions organiques, comme on en voit souvent chez les jeunes filles nerveuses, que le Neuronal nous paraît un bon médicament. Nous l'avons utilisé dans trois cas de dysménorrhée, pénible durant 2 à 3 jours, accompagnée, au début d'une réelle insomnie. Un jour où deux avant l'apparition d

flux cataménial ces malades étaient en proie à des douleurs hypogastriques et lombaires violentes procédant par accès diurnes et nocturnes. Dans deux cas 1 gramme de Neuronal absorbé chaque soir pendant les 3 premiers jours des menstrues, amena une diminution des souffrances et aussitôt après un somme normal. Chez la troisième malade nous avons eu recours à la formule citée plus haut et ici encore avec plein succès. Il n'y a pas eu de troubles secondaires à signaler.

Nous avons utilisé aussi le Bromdiéthylacétamide contre l'insomnie nerveuse d'origine centrale. C'est ainsi que nous avons guéri par ce médicament plusieurs insomnies neurasthéniques et plusieurs insomnies causées par les chagrins ou des préoccupations. Ces malades ont été soumis à un traitement plus prolongé que les précédents. Six de nos neurasthéniques ont absorbé pendant 8 à 15 jours 1 gramme de Neuronal chaque soir. Chez ces malades le sommeil arrivait au bout de 10 à 20 minutes et durait de 6 à 9 heures. Parfois cependant les malades se réveillaient, mais ils se rendormaient presque aussitôt sans dose nouvelle. Trois d'entre eux présentaient du tremblement des membres supérieurs et ce symptôme a cédé sous l'influence du remède. Nous pensons que dans ce genre d'insomnie l'action puissamment hypnotique du Neuronal est nettement aidée par les effets antispasmodiques du Brome. La plupart de ces nerveux ont remarqué que le sommeil était plus rapide à se produire et durait plus longtemps à mesure qu'ils prolongeaient l'usage du Neuronal, mais le sommeil n'a jamais dépassé une durée de 9 heures. En fait de troubles secondaires nous n'avons guère observé qu'une lourdeur frontale qui est survenue au réveil chez deux femmes neurasthéniques, au bout de la 5e ou 6e prise. Cette céphalalgie disparaissait d'ailleurs d'elle-même au bout d'une heure et quelques fois plus tôt. Chez une autre de ces malades, l'action hypnotique a pu se continuer sans dose nouvelle à deux reprises pendant l'après-midi. Il s'agissait encore d'une névrosée plutôt hystérique et peut-être était-elle particulièrement sensible à l'action du Neuronal. Mais à part ces exceptions que la vérité scientifique nous oblige à signaler, nous n'avons pas observé de phénomènes toxiques, pas de troubles secondaires, et les malades peuvent cesser brusquement l'usage du Neuronal sans inconvénients. A la dose d'un gramme. ce remède a toujours eu des effets hypnotiques très nets. Mais chez les sujets atteints d'insomnie nerveuse simple 0 gr. 50 centig. suffisent généralement. Il est à remarquer que nous n'avons pas eu besoin pour obtenir des résultats d'augmenter les doses primitivement absorbées, car le sommeil se régularise de plus en plus à mesure que l'on prend davantage le remède et sans avoir recours à des doses progressives. Ces effets se continuent encore si vous cessez brusquement la médication.

Contre l'insomnie ayant pour origine l'irritation cérébrale par des agents toxiques contenus dans le sang, le Neuronal nous a donné encore de bons résultats. Nous ne citerons ici que deux observations à ce sujet. L'une se rapporte à un cas d'insomnie manifeste chez une dothiénentérique, l'autre est prise parmi celles qui regardent 5 tuberculeux ayant usé du Neuronal.

Observation IV.— Chez une jeune fille de 17 ans atteinte de fièvre typhoïde, il existait des périodes d'insomnie complète qui devenaient une véritable complication. Malgré le calme général amené par les bains froids, le repos nocturne était insuffisant. La malade assoupie pendant une heure ou deux restait éveillée le reste de la nuit. L'irritabilité nerveuse était extrême. Un paquet de 0 gr. 50 centigr. de Neuronal absorbé le soir à 9 heures amenait un sommeil calme et profond. Le remède fut continué pendant une semaine à la même dose et à ce moment nous avons pu constater des effets hypnotiques et antispasmodiques encore plus accusés. Aucun inconvénient à signaler, la médication a été suspendue brusquement.

Sans vouloir immédiatement généraliser ce fait et conclure à la nécessité d'utiliser les hypnotiques dans toutes les pyrexies nous pensons qu'il ne faut pas se laisser arrêter dans l'usage de ces remèdes par la crainte de diminuer les oxydations nécessaires aux fébricitants pour l'élimination de leurs produits désassimilés. Sans doute, le Neuronal comme bien d'autres hypnagogues, abaisse légèrement le coefficient respiratoire. Mais entre cette diminution relative et momentanée et l'épuisement nerveux déterminé par l'insomnie, devrons-nous hésiter ? Nous ne le pensons pas. Ramenons tout d'abord le sommeil, et l'élimination des déchets organiques ne pourra qu'être ensuite favorablement influencée.

Mais, d'autre part, cette influence des hypnotiques sur les oxydations respiratoires nous paraît une indication nouvelle à leur emploi contre l'insomnie des tuberculeux, car en utilisant alors le Neuronal nous sommes en droit d'espérer avec le retour du sommeil la diminution de l'hyperoxydation et par suite de la déminéralisation.

Observation V.— Il s'agit d'un tuberculeux de 27 ans arrivé à la 2ème période et sujet à des troubles nerveux fréquents. Il était pris souvent de violentes névralgies intercostales et avait aussi des périodes d'insomnie. 1 gramme de Neuronal absorbé chaque soir pendant 11 jours de suite ramena bientôt et nettement des nuits normales. Le malade a remarqué que le Neuronal diminuait l'intensité des quintes de toux. Il n'était plus réveillé aussi souvent par elles, et quand elles avaient lieu il pouvait se rendormir presque aussitôt après, souvent l'insomnie de ce malade était entretenue par des accès névralgiques. Or le Neuronal parvenait à les atténuer suffisamment pour favoriser des nuits réparatrices. Par la suite ce malade a eu recours de lui-même au médicament pour lutter contre ses périodes d'insomnie et il ne nous a jamais signalé de troubles secondaires.

Chez quatre autres tuberculeux des résultats analogues ont été obtenus; et il nous a paru que le Neuronal atténuait les accès de toux. Sans lui attribuer un pouvoir sédatif analogue aux opiacés, il n'en est pas moins vrai que par son action antispasmodique générale et le calme nerveux qu'il procure avec le sommeil, il diminue l'irritabilité des réflexes tussigènes. Chez les tuberculeux sensibles à l'action des médicaments on devra débuter par 0 gr. 50 de Neuronal, et toujours en accompagnant chaque prise d'une infusion calmante très chaude, pour faciliter l'action digestive.

Contre l'insomnie des alcooliques, le Neuronal est parfaitement indiqué. Mais il faut le donner plusieurs jours de suite, et à la dose de 1 gr. ou 1 gr. 50. Ainsi absorbé, ce remède procure des nuits tranquilles, il diminue la fréquence des hallucinations, le tremblement des doigts et à notre avis, il peut faire avorter, à la dose de 2 gr., les crises de délire. Son action est

d'autant plus nette qu'il est absorbé depuis plus longtemps.

Dans l'insomnie des cardiaques, nous avons donné le Neuronal et nous pouvons assurer qu'il procure encore de très bons résultats. Mais il est indiqué de préférence dans les états d'éréthisme avec palpitations. Quand le cœur est trop affaibli, il vaut mieux s'abstenir à cause de son action légèrement dépressive sur la fibre cardiaque.

Plusieurs auteurs, et en particulier P. Rixen (1), ont indiqué le Neuronal dans le traitement de l'épilepsie. Les 45 % de brome qu'il renferme exerceraient, pour cet expérimentateur, une influence sensible sur les crises convulsives. A notre avis, le Bromdiéthylacétamide peut convenir au traitement des épilepsies frustes, mais, pour les crises caractérisées, nous obtenons de meilleurs résultats en combinant son action sédative et surtout hypnotique à l'action purement sédative du bromure ordinaire. Il est des cas où le Neuronal seul est insuffisant, tandis qu'en l'associant au bromure, nous obtenons des résultats plus brillants que par le bromure seul.

* * *

Examinons maintenant les conclusions qui se dégagent de cet ensemble de faits cliniques sur l'action du Neuronal en pathologie interne. Une remarque s'impose tout d'abord : c'est la valeur du remède comme sédatif et comme hypnotique. Certes, nous ne prétendrons pas qu'il possède un pouvoir analgésique tout aussi puissant que les médicaments spécifiques, mais cependant nous remarquons que, dans la plupart des cas observés, il a diminué les phénomènes douloureux de la sensibilité. On a vu que, pour la clarté du sujet, nous avons groupé dans notre étude clinique les observations d'insomnie douloureuse traitées par le Neuronal, et, d'autre part, l'ensemble des insomnies nerveuses ou toxiques sans grands symptômes douloureux concomitants. Or, dans le premier groupe, quand nous soumettions nos malades à l'influence d'un gramme de substance active, l'action thérapeutique se manifestait au bout d'un temps variable avec l'intensité de la douleur, 15 à 30 minutes environ.

Dans une première phase de son action, que nous appellerons la phase du brome, le Neuronal diminuait la douleur, il préparait pour ainsi dire l'action hypnotique qui allait suivre. Les malades, en effet, remarquaient que leurs souffrances s'atténuaient, mais avant l'analgésie complète, le sommeil apparaissait impérieux, invincible, et c'était alors la deuxième phase thérapeutique, la phase de C^2H^5.

Sans doute, nous ne pouvons exactement déterminer la puissance sédative absolue du médicament, car l'action hypnotique apparaît trop tôt, et certainement avant que l'action sédative ait achevé de se manifester. On ne peut cliniquement étudier d'une façon individuelle chacune de ces actions, puisqu'elles se combinent, mais nous sommes convaincu que les effets sédatifs continuent à se manifester et s'affirment encore, même pendant le sommeil hypnotique.

(1) *Loc. cit.*

Le Neuronal possède donc un réel pouvoir analgésique. C'est ainsi que dans nos observations de migraine, de névralgie sciatique, de dysménorrhée violente non congestive, de névralgie intercostale chez un tuberculeux, etc., cette action s'est nettement manifestée. Toutefois, dans certains cas où les souffrances sont particulièrement vives (exemple notre observation de zona), le pouvoir analgésique du neuronal peut se trouver insuffisant. Mais il suffira d'ajouter à 0 gr. 50 du médicament 0 gr. 25 d'acétanilide et de donner ce cachet une ou deux fois pour arriver encore à un bon résultat.

Nous sommes donc en droit de conclure que le Neuronal, grâce à ses 45 % de brome, possède d'une façon générale un pouvoir sédatif réel, et que, grâce à cette propriété remarquable, il occupe une place particulière parmi les hypnotiques connus. C'est qu'en effet, il peut exercer son action thérapeutique dans les cas où les autres hypnagogues restent généralement impuissants, parce qu'ils sont incapables de réprimer d'une manière suffisante l'excitation périphérique douloureuse.

Notre second groupe d'observations va maintenant nous fixer sur l'action purement hypnotique du Neuronal. Déjà nous pouvons affirmer la puissance réelle de ce médicament dans les états neurasthénique, hystérique, dans les pyrexies, les infections, les intoxications et l'insomnie nerveuse simple. Ses effets sont aussi manifestes que ceux de n'importe quel autre hypnotique, puisqu'ils sont représentés par un sommeil tranquille et réparateur de 6 à 8 heures. Et cependant nous devons souvent le donner d'emblée à la dose d'un gramme. Même dans certains cas de manie aiguë, il nous a fallu, comme aux auteurs précités, atteindre 1 gr. 50 et 2 gr. Ces doses sont légèrement supérieures à celles de beaucoup d'autres hypnotiques, ce qui tendrait à faire croire que le Neuronal à doses égales est légèrement moins actif que le Sulfonal, par exemple. Or, ces deux remèdes ont le même nombre de radicaux éthyles, et il faut expliquer cette différence d'activité par ce fait que le sulfonal s'élimine plus lentement que le Neuronal et peut même s'accumuler dans l'organisme.

En dernière analyse, nous pouvons affirmer, d'après nos observations, que l'action hypnotique du Neuronal est tout aussi nette que celle des autres somnifères. Dans les cas d'insomnie nerveuse non douloureuse, il ne met pas plus de 15 à 20 minutes pour atteindre le but, c'est-à-dire un sommeil calme analogue au sommeil naturel et pouvant durer 7 à 8 heures.

Mais c'est surtout au point de vue des phénomènes accessoires et de sa toxicité que le Neuronal mérite de retenir encore notre attention. Relisons nos observations, qu'y trouvons-nous? Le sommeil produit par le Neuronal paraît d'autant plus profond et de plus longue durée, qu'on absorbe plus longtemps le remède. Mais cette durée ne dépasse jamais 8 à 9 heures. De plus, quand, au bout d'une semaine par exemple, on en cesse l'usage, le sommeil continue à se montrer tout aussi calme pendant quelques jours encore. Voilà les faits. Nous permettent-ils de conclure à des phénomènes d'accumulation? Nous ne le pensons pas. Nous ne le pensons pas parce que jamais nous n'avons observé de phénomènes toxiques, jamais de vomissements, de

diarrhée, jamais d'éruptions, jamais d'action nuisible sur la respiration ou sur le cœur, jamais de troubles urinaires. Non, ce ne sont pas des phénomènes d'accumulation qui expliquent l'action prolongée du Neuronal, ce sont plutôt les effets du brome, qui, par son pouvoir antispasmodique général, maintient un certain temps après la cessation du remède, l'amélioration obtenue.

Les seuls inconvénients que nous ayons observés consistent en une céphalalgie frontale d'intensité variable, le plus souvent légère et qui peut se montrer au réveil. Elle dure alors une heure à une heure et demie, quelquefois moins longtemps et disparaît d'elle-même. Généralement le réveil est facile, et il ne détermine aucun trouble fâcheux. Nous avons remarqué aussi que chez certains malades, il peut exister encore dans l'après-midi, et sans dose nouvelle, un réel besoin de dormir. Le malade peut alors lutter facilement contre ce phénomène, et il suffit de diminuer les doses à venir pour qu'il ne se reproduise plus. L'explication de ce fait se trouve encore pour nous dans l'action antispasmodique du brome : l'irritabilité nerveuse étant déjà suffisamment amendée par lui, il devient inutile de continuer les doses primitives de Neuronal pour obtenir les mêmes effets qu'au début.

Le Neuronal ne produit pas non plus d'accoutumance car on peut après 10 à 15 jours de traitement en cesser brusquement l'usage sans le moindre inconvénient. Les auteurs sont d'ailleurs unanimes à proclamer l'innocuité presque absolue de ce remède : « Il ne s'accumule pas, dit Marie (1), et il peut être donné tous les jours pendant des semaines sans entraîner d'accidents. » — « On n'a pas observé jusqu'ici d'effets secondaires désagréables » dit P. Rixen. « La plus précieuse qualité du Neuronal est sa faible toxicité », écrit le Dr Stroux (1) et Artarit (1) ajoute : « Il ne s'accumule pas, son accoutumance est faible, sa suppression n'entraîne pas d'accidents, il n'est pas toxique ». Ajoutons à cela que personne encore parmi les observateurs n'a remarqué d'accident attribuable au bromisme. Le Neuronal est à ce point de vue complètement sans danger.

En un mot, *pouvoir analgésique véritable, action hypnotique au moins égale à celle des autres hypnagogues, et enfin toxicité à peu près nulle*, telle est la formule clinique du Neuronal, celle qui intéresse le Praticien.

Son pouvoir thérapeutique s'exerce aussi bien dans le domaine des névroses et dans l'aliénation mentale, que dans celui des affections médicales courantes, et chez l'enfant comme chez l'adulte. Nous laissons à d'autres le soin de l'examiner de plus près en pathologie infantile; nous dirons simplement qu'il doit être donné aux enfants à raison de 0 gr. 10 par année d'âge en potion ou en lavement. Quant aux adultes, 1 à 2 gr. par 24 heures suffisent dans la plupart des cas, Chez les malades susceptibles envers les remèdes ou lorsqu'il s'agit d'insomnies passagères, 0 gr. 50 donneront des résultats. Mais il faudra toujours pour aider à son absorption, c'est-à-dire la rendre plus rapide, faire suivre immédiatement chaque prise d'une infusion très chaude de tilleul ou de thé.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Ionisation et Electrolyse

Par le Dr Paul PHILIPPE,
ancien interne des hôpitaux, médecin électricien de l'Etablissement thermal d'Evian.

Les limites de cet article ne nous permettant pas d'entrer dans de nombreux détails, nous voulons simplement exposer le plus clairement possible la théorie de l'électrolyse médicamenteuse et ses conséquences thérapeutiques. (Voir dans le *Lyon Médical* du 9 décembre 1906). Méthode déjà ancienne, puisque les premiers essais remontent à la fin du XVIIIe siècle, l'Electrolyse médicamenteuse a été expérimentée plus scientifiquement depuis les découvertes du Faraday en 1833 sur l'électrolyse. Les dentistes américains l'employèrent sous le nom de Cataphorèse, dans l'art dentaire, en faisant pénétrer la cocaïne ou d'autres anesthésiques dans la dent pour en permettre le forage ou l'avulsion.

L'iodure de potassium, le mercure, la strychnine, furent successivement expérimentés.

Edison, 1890, communiqua le résultat de ses expériences de pénétration du lithium dans les cas de goutte.

Signalons les travaux de Foveau de Courmelles sur la bi-électroyse en 1 90, les thèses d'Aubert (Lyon 1892), de Savy (Lyon 1895), les observations de Labatur, Jourdannet et Porte en 1895, la thèse de Pont en 1899, les communications des professeurs Bordier et Bergonié en 1900 et 1903.

Mais ce sont surtout les travaux du professeur Leduc, de Nantes, et de ses élèves, qui ont vulgarisé la méthode et permis d'entrevoir sa grande utilité en thérapeutique. (Congrès d'Ajaccio 1901, Grenoble 1904, thèse de Quijano 1903, etc...).

On se propose, dans cette méthode thérapeutique, de faire pénétrer dans l'organe malade la substance médicamenteuse sous l'influence du courant galvanique. Voici un goutteux, un rhumatisant, un ganglion suspect, nous faisons pénétrer *in situ*, le lithium, l'acide salicylique, l'iode, etc., etc.

Mais comment faire pénétrer ces substances? En les orientant suivant leurs affinités électriques. Rappelons quelques succinctes notions d'électro-chimie nécessaires pour comprendre le phénomène,

On admet depuis les travaux d'Arrhenius, sur la dissociation moléculaire, en 1886, que, dans toute solution d'un sel, d'un acide, d'une base, il y a, du fait même de la dissolution, une dissociation des molécules du corps dissous ; cette dissociation donne lieu à la formation de particules nommées Ions (du grec ἰών, allant). Cette solution, ionisée, contient à la fois des molécules intactes, et des molécules dissociées en « ions ».

Prenons un exemple très simple :

Une solution de sel marin, Na Cl, renferme des molécules intactes NaCl et des ions Na, Cl ; plus la solution sera étendue, plus la proportion des ions sera grande, relativement aux molécules non dissociées, et on peut concevoir une solution tellement étendue qu'elle ne renfermerait guère que des ions; phénomène d'ionisation des sels en solution régi par les mêmes lois que les corps gazeux raréfiés et ionisés.

Le phénomène de dissociation qui met ainsi en

liberté des corps à l'état naissant, permet d'expliquer l'action nettement curative de certaines eaux minérales, très peu minéralisées, dont l'eau d'Evian est le type.

Revenons à nos ions Na, Cl, et admettons qu'ils contiennent des charges électriques de signes contraires, Na positif, Cl négatif, et faisons passer un courant dans la solution ; ces ions seront immédiatement mis en mouvement, méritant bien leur qualicatif d ions voyageurs, et s'orienteront dans des directions opposées suivant l'affinité de leurs charges : Na positif descendra le courant vers l'électrode négative et sera appelé « cathion » (κατα en bas).

Cl négatif remontera le courant vers l'électrode positive et méritera le nom d'« Anion » (ανα en haut).

L'Ion Na, Cl, est monoatomique ; l Ion peut être aussi polyatomique, ex : AzO^3H, qui se dissocie en H basique, ion simple et Azo^3 acide, ion composé formé des atomes A^2, 30.

Une molécule peut aussi se dissocier en plusieurs ions ; exemple : SO^4K^2 sera dissocié en un ion composé SO^4 et en 2 ions simples K K. etc....

Il résulte de cette dissociation et de l'orientation des ions par le courant qu'on peut donner à ces ions la direction utile et être certain qu'ils se rendront en ce point. Si la main formant électrode plonge dans une solution de sel marin, elle recevra des ions Na ou des ions Cl, suivant qu'elle sera elle-même négative ou positive, rien de plus clair.

— Or, cette pénétration existe-t-elle ?

Mettons en série les deux lapins figurés A et B dans le schéma ci-dessous :



Les deux électrodes internes sont chargées d'une solution de cyanure de potassium, et les deux électrodes externes renferment de l'eau pure ; elles reposent sur les flancs des lapins dont la peau a été naturellement rasée en cet endroit.

Si le courant passe comme il est indiqué, le lapin A meurt après 20 minutes avec les signes de l'intoxication cyanurique. Renverse-t-on le courant, le lapin B, indemne précédemment, meurt dans les convulsions.

Autre expérience : on enregistre les contractions musculaires produites par une bobine faradique avant et après la pénétration électrolytique des ions morphine, arsénieux, salicylique, et on obtient des différences très nettes de tracés démontrant l'action de ces ions sur la substance vivante.

Enfin, l'analyse de l'urine permet de retrouver les substances introduites.

— La pénétration se fait donc et elle s'opère par les orifices glandulaires, comme le prouve l'introduction des ions colorés.

Cette pénétration médicamenteuse présente certaines particularités qui la distingue de l'ingestion et de l'hypodermie.

L'ion médicamenteux introduit reste *in situ*, ne diffusant que très lentement et n'apparaissant dans les urines que 30 heures après l'application ; de plus il s'élimine très lentement et est décélable 2 ou 3 jours après l'opération.

Les ions introduits électrolytiquement sont pour ainsi dire gardés en réserve au niveau des tissus malades avec lesquels ils prennent contact très lentement. Qui ne voit d'ici l'excellence d'un tel traitement qui permet au médicament d'agir localement, sans faire de l'estomac un laboratoire trop complaisant.

C'est du reste parfaitement en accord avec les désiderata exprimés par M. le Professeur Bouchard au Congrès du Caire en 1902 (tendances actuelles de la thérapeutique), lorsqu'il préconisait les injections hypodermiques de quelques centigrammes de la substance active in situ dans les manifestations locales au cours des maladies générales.

L'électrolyse médicamenteuse fait pénétrer le médicament sans effraction, ne fait pénétrer que l'ion actif qu'elle répartit lentement au sein des tissus affectés, permettant un contact prolongé de cet ion avec les cellules.

Enfin elle n'ajoute rien à l'organisme, mais substitue aux ions de l'organisme malade les ions curatifs.

Ajoutons, comme nous l'avons souvent remarqué, que le courant galvanique qui doit être employé à une assez forte intensité et pendant un temps assez long agit lui-même sur l'organisme et en modifie favorablement les échanges.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le certificat d'études médicales supérieures et les chirurgiens-dentistes

La question paraît épuisée ; elle est encore ouverte cependant parce que la seule solution logique, c'est-à-dire la suppression pure et simple de ce prétendu doctorat supérieur, n'est pas encore acquise, et qu'une menace reste suspendue sur la tête de tous les médecins de France : et pourtant il est rare de voir pareille unanimité se faire dans le corps médical contre une résolution prise en haut lieu, annoncée depuis longtemps, longuement méditée, mais qui s'est malheureusement révélée par un titre ridicule et provoquant, dont les termes mal calculés devaient naturellement susciter l'universelle réprobation.

C'est un fait bien remarquable que la soudaineté et la violence des prostestations qui se sont élevées de tous côtés contre le certificat d'études médicales supérieures, sans qu'une voix, en dehors des milieux qui l'avaient enfanté, se soit fait entendre pour le défendre. Je ne veux pas insister plus qu'il ne faut, ni surtout rappeler les arguments si topiques qui l'ont irrémédiablement condamné ; mais il est encore intéressant de rechercher les causes et les erreurs qui ont pu amener une haute commission à proposer, et un ministre à sanctionner un titre nouveau, qui de-

vait jeter une pareille perturbation dans le corps médical tout entier, et le menacer à la fois dans son présent et son avenir.

Il est toujours difficile de connaître exactement la genèse d'une idée, et j'ignore où et comment celle du certificat nouveau a pris naissance. Il semble toutefois que M. le professeur Bouchard l'ait faite sienne à un moment donné ; et, dès lors, sa réussite ou sa réalisation s'explique, car nul n'ignore l'influence légitime en principe, de sa haute personnalité, dans toutes les questions. Mais c'est ici que je vois une première erreur philosophique. Nul plus que moi n'est rempli de respect et d'admiration devant l'œuvre scientifique et la personne de M. Bouchard, universellement vénérée. Le professeur Bouchard est, sans conteste le plus illustre représentant actuel de la médecine française. Il faut donc s'incliner bien bas, mais ne pas aller plus loin, et croire que l'homme illustre par ses travaux scientifiques, verra juste et clair et toujours, surtout dans les questions, soit d'organisation, soit d'administration ; ce serait une grave erreur. Cela ne signifie pas qu'il verra faux, mais on peut affirmer que dans les questions pratiques et professionnelles, il ne sera pas supérieur au simple médecin, d'esprit cultivé mais plus terre à terre, que les obligations de la vie écartent des sommets, mais dont elles mûrissent singulièrement le jugement. Nos grands hommes de science et de laboratoire perdent facilement de vue la vie courante et pratique du médecin. Ils ne voient pas et ne peuvent prévoir les répercussions que vont produire, sur des milliers de carrières et de destinées obscures, une organisation nouvelle de la médecine, un changement de titre, d'apparence anodine. Et je suis sûr que leur étonnement doit être grand de voir le bruit fait autour de leur innocent certificat. N'empêche qu'il leur faut en rabattre et se réfugier dans des explications embarrassées.

Mais ce qui fut l'oubli ou l'erreur de quelques hommes n'a pu se formuler ainsi qu'avec la légèreté et les contradictions de nos gouvernants. Vous pourriez croire, lorsqu'il s'agit de faire une réforme d'organisation médicale que notre administration démocratique va faire appel, suivant son noble principe, aux éléments profonds du suffrage universel, c'est-à-dire dans l'espèce à tous les médecins ou à leurs représentants délégués ; et se préoccuper *avant* de leur opinion ou de leur intérêt. Il n'en est rien ; elle nomme une commission de sommités médicales, une commission dite officielle, et qui l'est à fond, et où n'entrent jamais le simple médecin, sans titres ni attaches, le praticien de tous les jours, ni le spécialiste de toutes les spécialités, qui tous à leur tour auraient leur mot à dire, et souvent le mot juste. Et cependant ce médecin indépendant et ignoré des ministres, ce spécialiste, pourvus de leur excellent diplôme de docteur, constituent l'immense majorité du corps médical, celle qui peine, et soigne les quatre cinquièmes de la population française. Je ne dis pas que ceux-là aussi bien que le savant, ne seront pas sujets à l'erreur ; mais s'ils avaient leur place dans les commissions, à côté du premier, et des représentants de toutes les sociétés et groupes médicaux importants, il est probable que de leur collaboration sortiraient des projets viables, des résolutions pratiques, bonnes pour l'immense majorité des médecins et du public. Au lieu de cela la théorie des surhommes nous a donné le certificat d'études médicales supérieures.

Si notre excellent praticien eût fait partie de la haute commission, voici cependant ce qu'il aurait pu dire à ses collègues : votre certificat supérieur, injustifié d'ailleurs, tue sûrement le doctorat en médecine, ou refait du coup l'officiat de santé, que vous avez justement aboli, il y a quelques années, parce qu'il était mauvais pour les médecins et pour le public ; car c'est trop de deux titres médicaux pour soigner bien les gens. Il n'y a jamais eu de petits malades pour les officiers de santé ; ni de grands malades pour les docteurs. Il n'y a pas une petite et une grande thérapeutique. Si la médecine est une, le titre qui permet de l'exercer, même dans l'une quelconque de ses parties, doit être un. Il est détestable, en démocratie surtout, de créer des titres supérieurs et inférieurs qui enfantent la division, l'antagonisme, c'est-à-dire l'esprit d'aristocratie chez les uns, et d'envie chez les autres ; en même temps qu'ils déconcertent le public et le font hésiter dans ses choix. Créez tant que vous voudrez des titres d'enseignement, toujours limités, mais le moins possible de titres d'exercice forcément recherchés. Pour la profession médicale, pour le médecin qui soigne les malades, vous ne trouverez jamais mieux que ce titre admirable de docteur en médecine universellement connu, universellement respecté, concret et synthétique. Tout le monde sait qu'il a été acquis par de longues études préparatoires dans toutes les directions scientifiques, après un long stage aux lits des malades d'hôpital, après des examens sérieux. Et il est vraiment un résumé complet et juste de toute la médecine scientifique et pratique ; il répond exactement à tout ce que demande la légitime préoccupation de sauvegarder la santé générale, C'est un admirable instrument et son obligation s'impose à tous ceux qui soignent le public, pour que celui-ci n'aille pas égarer sa confiance chez l'ignorant ou le charlatan. Mais comme rien n'est parfait en ce monde et que tout évolue, faites que les examens de doctorat soient vraiment sérieux, donnent des garanties plus fortes encore si vous le jugez nécessaire ; car la science grandit et se développe, et le doctorat doit peut-être évoluer. Mais faites que les mêmes garanties soient demandées à tous, que le doctorat évolue pour tous, mais surtout qu'il conserve précieusement son unité et son université.

Jusqu'ici le médecin sans épithète, j'entends celui qui n'est pas considéré comme spécialiste, bien que son champ d'action en médecine soit toujours limité, a seul pris la parole. Mais le vrai spécialiste, que je vois très bien à sa place aussi, dans une commission comme celle de la réforme des études médicales ou des diplômes, aura quelques mots à ajouter, et l'on jugera peut-être qu'ils ne seront pas sans à propos. — Car à son tour, voici ce qu'il dira ou à peu près ; Je suis absolument de l'avis de mon confrère, je ne comprends pas du tout l'utilité d'un certificat d'études médicales supérieures, et j'en vois au contraire très bien les dangers. Mais, si je le redoute pour les raisons qu'on vous a si bien dites, et que je ne vous répéterai pas, je crains aussi fort, et même plus, pour mon propre compte et pour le public, les diplômes inférieurs. Je sais bien que de ceux-ci, il n'en reste pas beaucoup ;

mais, s'il n'en reste qu'un, vous avouerez que c'est encore trop, et c'est contre celui-là que je proteste, et c'est celui-là que je vous demande d'abolir pendant que vous y êtes. Car, si la médecine est une, elle l'est pour tout le monde, et aussi, je pense, pour ceux que je veux vous dire. J'ai très bien vu comment un certificat d'études médicales supérieures blesse tous les médecins, mais je vois encore mieux comment un certificat d'études médicales inférieures blesse tous les malades, et constitue un danger permanent. Messieurs et chers collègues, j'ai parlé du diplôme de chirurgien-dentiste. — Qu'est-ce à dire, et qu'est-ce cela, si ce n'est un certificat d'études médicales inférieures ; et ce mot ne dit-il pas tout? peut-on concevoir des études médicales systématiquement inférieures, mettons nulles, car nous ne voulons pas de degré, pour qui exerce une branche de la médecine et de la chirurgie, une spécialité, si vous voulez : et qui pourrait nier, à l'heure actuelle, que celui qui soigne la bouche et les dents, le Stomatologiste, comme on l'appelle si justement aujourd'hui, ne soit un médecin et surtout ne doive être un médecin. Ce n'est pas à vous que je dois dire tout ce qu'il faut comprendre sous le nom de Stomatologie, et que l'étude des maladies de la bouche, si intimement liées, dans leurs causes et leurs conséquences, à l'étude des autres maladies, et des états généraux, ne peut être séparée de la médecine, pas plus qu'on ne peut séparer l'étude des maladies des yeux et des oreilles ou ... de l'estomac. Or, Messieurs, vous avez en 1892 supprimé l'officiat de santé ; mais en créant le diplôme de chirurgien-dentiste, vous l'avez implicitement rétabli ; que dis-je, vous l'avez aggravé en le multipliant ; car l'officier de santé, malgré un bagage de connaissances médicales moyen, n'existait qu'à l'état sporadique, tandis que le chirurgien-dentiste s'est développé en colonies et pullule de tous côtés. Or celui-ci coupe, rogne, taille au vif, anesthésie, ordonnance à coup de poisons, prend tous les pouvoirs, sans que cela vous émeuve, alors que l'officier de santé n'en avait presqu'aucun, et devait à chaque instant en référer au docteur. Quelle anomalie et quelle contradiction ! Ah, si au lieu d'un diplôme de chirurgien-dentiste, notre homme avait un certificat d'études médicales inférieures, ce qui serait son titre vrai et juste, vous vous empresseriez de l'abolir. Mais ce nom de chirurgien-dentiste vous cache tout, vous permet d'ignorer tout, et de dire que cela ne vous regarde pas. Mais je suis là, Messieurs, précisément chargé de vous mettre la vérité sous les yeux, et c'est pour attirer votre attention sur cet oubli étrange que j'ai demandé la parole. Je m'excuse même de l'avoir gardée si longtemps, je ne voudrais pas dire inutilement.

Je n'ai pas besoin de dire que je partage entièrement les opinions du spécialiste de la commission, qui ressemble beaucoup à un Stomatologiste, et compte bien que ce qui apparaît comme une fiction, deviendra une réalité. On parle beaucoup d'une future commission des réformes médicales ; je l'attends et je l'espère. On voit qu'elle aura mieux à faire que d'instituer un certificat d'études médicales supérieures. J'espère surtout que dans cette commission d'autres voix pourront se faire entendre que les officielles, ou celles des sommités ; et qu'un ministre démocrate se décidera à y faire entrer de simples praticiens, de simples spécialistes. Qu'un stomatologiste s'y trouve à côté d'un chirurgien-dentiste même ; puisqu'il s'agit de discuter, cela ne sera pas fait pour nous effrayer, au contraire.

(*Revue de stomatologie.*) L. CRUET.

A propos de l'impôt sur les spécialités.

Paris, le 15 janvier 1907.

Mon cher Confrère,

N'ayant pas lu mes journaux depuis quelques jours, je n'ai vu qu'hier le numéro du *Concours* dans lequel vous avez reproduit mon article du B. S. P. Je vous en exprime tous mes remerciements, et j'espère qu'il ouvrira les yeux à quelques-uns.

Il se trouve cependant incomplet, attendu qu'il a été rédigé avant toute discussion parlementaire et que la note additionnelle a dû être écourtée par le tirage du journal. Il y aurait mieux à dire contre ce projet inique, eu égard surtout aux arguments monstrueux mis en avant par le Ministre des Finances et par le rapporteur du budget à la Chambre. Ceux-ci ont avancé qu'ils avaient derrière eux le corps pharmaceutique et le corps médical tout entiers ; ils ont assimilé toutes les spécialités pharmaceutiques aux Dragées d'Hercule et à la Poudre Coza contre l'ivrognerie, qui ne contient que du bicarbonate de soude. Or, le corps pharmaceutique tout entier a protesté par voie individuelle et collective, et l'Association Générale des Pharmaciens de France, qui réunit des syndicats comptant 8.000 pharmaciens, a fait des démarches contre cette mesure.

En ce qui concerne le corps médical, la question n'a pas été traitée sous son vrai jour dans ses journaux ; il aurait fallu que ceux-ci protestassent au nom du corps médical tout entier, qui a besoin des spécialités qui sont de vrais médicaments et se trouve au contraire lésé par celles des charlatans qui étalent leurs placards dans les journaux politiques, se livrant à un exercice illégal de la médecine qu'on pourrait frapper si l'on voulait ; je n'insiste pas sur ce point que vous connaissez mieux que moi, ni sur la puissance de la presse politique contre laquelle on ne peut rien tenter. C'est à celle-ci, représentée par M. Dupuy, que nous devons d'ailleurs une modification de la loi qui, sous son apparence d'amélioration, est une véritable aggravation ; le taux de l'impôt a bien été réduit à 4 %, mais on n'a plus exempté l'exportation, qui n'intéresse pas les pilules Pinck, pastilles Poncelet, Emulsion Scott, etc., appartenant à des étrangers qui se soucient peu de notre commerce extérieur.

Ils ont gagné à cette modification, mais nous nous y perdons ; et, alors que notre politique économique est, d'une manière générale, protectionniste, on l'exerce à rebours sur nous. Quoi qu'il doive advenir de cette mesure, et me plaçant au point de vue médical, j'aurais voulu voir faire cette démarcation très nette, tant au point de vue de la valeur thérapeutique des produits qu'au point de vue des rapports entre médecins et pharmaciens : d'une part, remèdes dont la publicité s'adresse au médecin, qui les prescrit s'il le juge bon ; d'autre part, spécialités plus ou moins charlatanesques.

Ne trouvez-vous pas, mon cher confrère, qu'il serait bon que le *Concours*, qui place au premier plan les questions d'intérêts professionnels, fût le premier organe qui posât celle-ci sur ce terrain ? et ne pourriez-vous pas le faire dans une note de quelques lignes, insérée le plus vite possible pour qu'elle ait quelque chance d'avoir une portée autre que théorique, puisque les Chambres vont statuer prochainement. Tous vos amis, et je vous remercie de m'avoir compris parmi eux, vous en seront reconnaissants.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr F. BOUSQUET.

N. D. L. R. Le *Concours* n'hésite pas à faire siennes les vues de M. le Dr F. Bousquet et ne pouvait mieux faire, pour le prouver, que de reproduire sa lettre, en lui donnant la destination demandée, par la voie du groupe médical parlementaire qu'il avait saisi dès le premier jour.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association Amicale maladie.

Réunion du Conseil du 27 décembre 190[illegible].

Etaient présents : MM. Maurat, Gassot, Cézilly, Lepage, Mignon et Jeanne.

L'examen de la correspondance conduit : 1° à maintenir deux réserves faites pour l'admission de deux candidats, et le délai imposé précédemment à un autre après une maladie aiguë ; 2° à accepter *la démission* très confraternellement motivée de deux sociétaires qui n'exercent plus et renoncent à tous droits.

M. le Dr Gassot communique des lettres échangées entre M. Floury et lui au sujet d'une petite mesure destinée à atténuer l'inconvénient de la cessation statutaire de participation à 64 ans pour certains membres de la combinaison A empêchés de passer à C.

L'étude complète de la question et la décision définitive sont renvoyées à une séance ultérieure.

Le Conseil procède ensuite au vote sur les indemnités et les admissions nouvelles.

1° INDEMNITÉS.

5	2 jours + 18 j. chr.	79	95
12	10 jours	100	»
13	7 jours	70	»
51	60 j. + 1 mois chr	700	»
60	13 jours	130	»
64	60 j. + 8 j. chr 200 fr.	400	»
70	29 jours chr.	96	60
80	3 mois	300	»
81	12 jours	120	»
140	33 jours 1/2	165	»
147	3 mois	300	»
150	3 mois	300	»
173	3 mois	300	»
179	3 mois	300	»
186	3 mois	300	»
194	17 jours	170	»
208	3 mois	300	»
238	3 mois	300	»
286	23 jours chr	76	60
295	14 jours	140	»
332	3 mois	300	»
334	38 jours	380	»
365	31 jours	310	»
378	3 mois	300	»
372	3 mois	300	»
423	3 mois	300	»
421	3 mois	300	»
437	7 jours	70	»
455	7 jours	70	»
508	2 mois + 3 jours	210	»
509	60 j. + 4 mois et 8 j. chr	1026	65
525	16 jours	160	»
556	54 jours	540	»
563	12 jours	120	»
573	20 jours	200	»
580	7 jours	70	»
585	16 jours	160	»
590	60 j. + 24 j. chr	679	60
594	20 jours	200	»
640	57 jours	570	»
693	6 jours	60	»
737	1 mois + 9 j. chr	130	»
744	30 jours	300	»
749	12 jours chr	40	»
764	60 j. + 24 j. chr	679	90
775	60 j. + 8 j. chr	626	65
824	16 jours	160	»
899	11 jours	110	»
937	14 jours	140	»
952	2 mois chr	200	»
957	54 jours	540	»
970	3 mois	300	»
977	41 jours	410	»
1044	8 jours	80	»
1046	36 jours	360	»
1075	25 jours	250	»
1111	17 jours	170	»
1140	11 jours	110	»
1144	26 jours	260	»
1149	4 jours	40	»
1154	3 mois	300	»
1177	1 mois + 3 j. chr	770	»
1217	60 j. + 1 mois et 15 jours	750	»
1223	14 jours	140	»
1225	3 mois	300	»
1261	9 jours	90	»

2° ADMISSIONS.

Combinaison A.

MM. Goldenberg (Adolphe), à Bougival (S.-et-O.)
Laulaigne, à Rochefort-sur-Loire (Maine-et-Loire).
Kaminer, à la Garenne-Colombes (Seine).
Marc, à Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard).
Sourice, à Saint-Florent-le-Viel (Maine-et-Loire).
Peytard, à Corps (Isère).
Bigex, à Rouilly (Aube).
Agasse, à Oran (Algérie).
Meurisse, à Vanves (Seine).
Ardillaux, à Jaunay-Clan (Vienne).
Loiselet, à Charmont (Aube).
Orsini, à Canari (Corse).
De Vesiau, à Oran (Algérie).

Mulle, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Nicod, à Ornans (Doubs).
Lafaye, à Saint-Astier (Dordogne).
Aschkinasi, à Houilles (Seine-et-Oise).
Arnoux, à Saint-Martin-de-Valamas (Ardèche).
Mitzora, à Essoyes (Aube).
Blanc, à Oran (Algérie).
Benoit, à Génolhac (Gard).
Laborde, à Lavardac (Lot-et-Garonne).
Crouzillac, à Toulouse (Haute-Garonne).
Rivierre, à Castillon (Gironde).
Berthier, à Roanne (Loire).
Bresselle, au Vésinet (S.-et-O.).
Lebras, Daoulas (Finistère).

Il est prononcé deux refus, et un candidat est soumis à nouvel examen.

Combinaison C.

MM. Duvernay, à Aix-les-Bains (Savoie).
Bouvier, à Albens (Savoie).
Liber, à Wallincourt (Nord).
Bartoli, à Marseille (B.-du-R.).
Champollion, à Montignac (Dordogne).
Weill, à Mézières (Ardennes).
Bourgeois, à Bagé-le-Châtel (Ain).
Chaffal, à Les Abrets (Isère).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire des séances,
Dr JEANNE.

Syndicat médical des Landes

Assemblée générale annuelle.

Tenue à Dax, le 27 août 1906.

Présidence de M. le Dr A. DIBOS.

La réunion a lieu dans des salles de l'Hôtel de Ville. La séance est ouverte à 10 heures et demie.

Sont présents :

MM. Dibos Alfred, président ; Balhadère Ariste, Bourretère Eugène, vice-présidents ; Sentex Jacques, trésorier ; Dibos Pierre, secrétaire-général ; Labatut Pierre, syndic ; Bon (de Mimbaste) Bourretère fils (de Dax) ; Brunet (de Saint-Paul-lès-Dax) ; Capdupuy (de Mées); Destribats (de Habas); Ducournau fils (de Benesse Maremne); Dufau (de Léon) ; Goalard (de Lit et Mixe) ; Laborde (de Mugron) ; Lacaze (de Pontonx) ; Lafont (de St-Martin-de-Seignanx) ; Laurens (de Magescq) ; Mora (de Dax) ; Pécastaing (de Dax) ; Picot (de Dax) ; Raillard (de Tosse) ; Salles (de St-Julien-en-Born) ; Sentex Louis (de Saint-Sever) ; Samanos (de Saubusse) ; Subsol (de Léon).

M. le Secrétaire présente les excuses d'un grand nombre de confrères qui, retenus par des devoirs professionnels, n'ont pu, à leur grand regret, venir assister à la séance.

M. le Président met aux voix les candidatures de MM. les docteurs Bezos, de Brocas ; Bourretère fils, de Dax ; Cassaigne, de Gabarret, Dourte, de Sabres ; Dubos, de Mont-de-Marsan ; Dupouy, de Pissos ; Gachet, d'Ychoux, qui sont successivement admis à l'unanimité.

M. le Président prononce l'allocution suivante:

« Mes chers confrères,

« Les admissions que vous venez de prononcer comblent le vide qui s'est malheureusement produit dans notre Société par le décès de nos regrettés confrères MM. Cadilhon, d'Ygos, et Gage, de St-Justin.

Ils étaient tous deux à un âge où ils pouvaient conserver l'espoir de longs jours, mais les fatigues de leur clientèle avaient usé avant l'heure les ressorts de leur constitution. Des confrères ont retracé sur leur tombe leur vie toute de travail et de dévouement et payé à leur mémoire un juste tribut d'éloges auquel nous nous associons tous.

Dans l'assemblée générale de 1905, plusieurs questions avaient été agitées et diverses résolutions prises ; voici leur état actuel.

Le règlement sur l'A.M.G, a été enfin publié et chacun de vous a dû en recevoir un exemplaire. Vous avez pu constater qu'il est encore fort mal appliqué dans la plupart des communes et que, notamment, la carte d'admission qui devait être remise par le maire à chaque chef de famille n'a pas été distribuée, pas plus, d'ailleurs, que le carnet d'ordonnances qui devait être remis aux médecins par l'administration.

Fait plus important, malgré les réclamations de votre Président, le tarif qui complète le règlement et qui est nécessaire pour le décompte des honoraires, n'a pas encore été publié. Il serait à l'impression d'après les renseignements d'un de nos confrères que j'avais prié d'attirer l'attention de M. le Préfet et du Conseil général sur ce retard un peu trop grand. Nous l'attendrons donc encore quelque temps.

Vous aviez émis le vœu que, pour permettre à nos confrères de faire valoir librement leurs droits, « le bureau du syndicat se substituerait à eux dans leurs rapports d'intérêt avec les communes ». Personne n'a sollicité notre intervention, ce qui nous autorise à croire que, partout, ces questions d'intérêt ont été tranchées sans de grosses difficultés et sans grand dommage pour le corps médical.

Nous n'avons pas obtenu complètement gain de cause dans notre demande pour l'organisation du service des vaccinations. M. le Préfet a réduit à huit et à quatre francs les chiffres que vous proposiez et malgré votre désir de voir tous les médecins pourvus d'une circonscription vaccinale il en a fixé le nombre à 77. Le Conseil général a cependant obtenu de lui qu'il reviendrait en partie sur cette décision.

Malgré les réclamations adressées au Ministre du commerce, de l'industrie et du travail, par M. le Secrétaire général pour l'Association et par votre Président pour le Syndicat, nous n'avons pu obtenir que le prix de la visite pour les accidents du travail fût porté à deux francs dans les diverses communes du département. Cet échec ne nous a pas surpris, car notre réclamation aurait dû établir le prix de la visite dans chaque commune et non dans leur ensemble comme nous avions été obligés de le faire, contraints par le peu de temps que nous avions devant nous.

Dans le courant de l'année, nous avons été saisis par un de nos confrères d'une demande d'avis sur une question litigieuse qui était survenue dans des circonstances particulières, entre lui et un propriétaire chez lequel il avait été appelé pour donner des soins à un ouvrier victime d'un accident.

Notre syndicat n'ayant pas de Conseil judiciaire et ce confrère faisant également partie de la

Société locale, je transmis sa lettre à M. le secrétaire général de cette Société et il obtint de Me Destieux une consultation, au vu de laquelle le propriétaire récalcitrant estima qu'il valait mieux payer ce qu'on lui réclamait, à bon titre, que de plaider.

Ce fait démontre la nécessité où nous sommes de prendre également un Conseil judiciaire afin de pouvoir faire face à toutes les éventualités.

Enfin, conformément au vœu que vous avez émis, votre Bureau vous présente un projet de règlement intérieur ; vous avez déjà pu en prendre connaissance et vous voudrez bien l'adopter après y avoir introduit les modifications que vous jugerez nécessaires.

Assistance médicale gratuite.

L'Assemblée charge le bureau de faire des démarches nécessaires pour activer la publication du tarif de l'A. M. G.

Vaccination.

A la suite de la démarche faite par les bureaux du Syndicat et de la Société locale, M. le Préfet des Landes a soumis au Conseil général un projet de réorganisation du service des vaccinations.

Le Syndicat demandait :

1° 10 francs par séance de vaccination.

5 francs par séance de constatation des résultats.

Plus une indemnité kilométrique de cinquante centimes par kilomètre parcouru du domicile du médecin à la mairie de la commune où a lieu la séance.

2° Que tous les médecins ayant accepté le tarif soient pourvus d'une circonscription vaccinale.

3° Que ces circonscriptions soient établies par l'administration départementale d'accord avec les bureaux du syndicat et de la Société locale.

Le nouveau projet de l'administration nous attribuait :

1° 8 francs par séance de vaccination.

2° 4 francs par séance de constatation des résultats.

Il maintenait l'indemnité kilométrique, mais réservait à l'administration le droit de nommer tel médecin qui lui conviendrait et ne prévoyait que 77 circonscriptions éliminant ainsi la majeure partie des médecins du département.

Monsieur le Préfet ne voulut pas d'ailleurs discuter ce projet avec nous et il ne reçut qu'un membre de la délégation qui lui avait été envoyée à ce sujet.

Ce projet, soumis au Conseil général, a été adopté en partie. Les chiffres de huit et quatre francs ainsi que l'indemnité kilométrique de cinquante centimes ont été votés et devenus définitifs.

Mais la commission d'abord et le Conseil général ensuite ont demandé à ce que tout médecin qui acceptera le tarif, soit pourvu d'une circonscription. Le préfet a fini par y consentir, sauf circonstance exceptionnelle, *tout à fait exceptionnelle*. Il se dit prêt, aussi, à consulter les bureaux du Syndicat et de l'Association au sujet de ces circonscriptions.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part : MM. Brunet, Ducournau François, Dufau, Laborde, Mora, Pécastaing, Raillard, Sentex Louis.

Sur l'intervention de M. Sentex, et malgré l'opposition de MM. Ducournau et Brunet qui font remarquer que, lorsque les séances comportent un grand nombre de vaccinations, les chiffres votés par le Conseil général sont dérisoires, les prix de huit et quatre francs avec indemnité kilométrique en plus sont adoptés, mais l'Assemblée émet à l'unanimité le vœu qu'il soit fixé un maximum de vaccinations pour chaque séance.

M. le Président lit une lettre de notre confrère Gaube qui, s'excusant de ne pouvoir assister à la réunion, demande à l'Assemblée de maintenir, pour chaque médecin, le droit à une circonscription vaccinale.

« J'estime, dit M. Gaube, qu'en maintenant sa « décision envers et contre tous, le Syndicat ferait « œuvre très utile et qu'il doit saisir cette occa- « sion unique de montrer l'entente absolue de ses « membres.

« Le Préfet s'est dit prêt à consulter les bu- « reaux du Syndicat et de l'Association au sujet « des circonscriptions. Je voudrais préparer le « travail et pour cela demander au Syndicat d'en- « voyer la circulaire suivante à tous les méde- « cins : »

Circulaire.

Dans sa dernière session le Conseil général a accepté le projet d'organisation du service vaccinal dont les grandes lignes sont les suivantes :

8 fr. par séance de vaccination.

4 fr. par séance de constatation des résultats.

Indemnité kilométrique de 0 fr. 50 par kilomètre à l'aller entre le domicile du médecin et la mairie de la commune où a lieu la séance.

Le Préfet avait divisé le département en 77 circonscriptions.

Le Conseil général a demandé que tout médecin, acceptant le tarif, fût doté d'une circonscription.

Dans le but de préparer un travail de répartition qui donne satisfaction au corps médical, je vous prie, après avoir rempli le questionnaire suivant, de le retourner sans retard à M....

N.-B. — Les médecins habitant la même localité devraient s'entendre entre eux pour le choix des communes à desservir, sans cela le partage devra être fait par les soins de l'administration.

Questionnaire.

M..... domicilié à..... déclare accepter les conditions du règlement de vaccination antivariolique. Il accepterait d'être chargé de ce service dans les communes qui avoisinent son domicile.

Communes	Distance kilométrique

Signature.

« Le travail serait simplifié, on aurait des bases « pour discuter et il ne resterait qu'à trancher « quelques petites difficultés entre confrères dé- « sirant les mêmes communes. Pour les confrères « habitant une même localité, on ferait des lots « tirés au sort s'ils ne s'arrangeaient pas entre eux. »

M. Louis Sentex fait remarquer que cette démarche doit être faite par le Préfet qui s'adressera au bureau quand les confrères auront répondu.

Après discussion, l'Assemblée décide de maintenir les décisions de l'Assemblée de 1905 concernant les circonscriptions vaccinales et leur attribution.

Sur une question de M. Raillard, qui demande

l'envoi d'une circulaire pour que les absents se solidarisent avec les présents, M. Brunet fait observer que tous les confrères sont engagés par les statuts.

M. le Président met aux voix l'ordre du jour suivant proposé par MM. Brunet, Ducournau, Dufau, Pécastaing, Sentex.

« Le Syndicat accepte les prix du tarif adopté par le Conseil général des Landes. Il demande :

1° Qu'il soit fixé un maximum de vaccinations par séance.

2° Que tout médecin syndiqué acceptant le tarif soit pourvu d'une circonscription vaccinale. L'exclusion d'un médecin ne pouvant être prononcée que pour une faute professionnelle dont le Syndicat est seul juge.

3° Que les circonscriptions vaccinales soient établies par l'administration d'accord avec les bureaux du Syndicat et de l'Association.

4° Que le certificat soit envoyé directement aux assujettis qui demeureront libres de le faire signer par tel médecin qu'il leur conviendra.

Dans le cas où l'administration départementale n'accorderait pas satisfaction pleine et entière sur ces points, les médecins syndiqués s'engagent à refuser le titre de médecin vaccinateur. Ils feront par humanité les vaccinations nécessaires, mais refuseront de signer aucune pièce, ni certificat, destinés à l'administration. »

Adopté à l'unanimité.

Accidents du travail

Un confrère dépose sur le bureau une note d'honoraires pour un accident du travail qu'on refuse de lui payer comme exagérée.

Après en avoir pris connaissance et avoir écouté ses explications, l'assemblée lui conseille d'en poursuivre le recouvrement intégral.

M. le président fait remarquer que, pendant le courant de l'année le syndicat a eu à s'occuper à plusieurs reprises de cas semblables dont la plupart ont reçu une solution satisfaisante. La discussion surgit toujours au sujet du tarif employé. Il conseille d'exiger une réquisition écrite du patron qui est alors personnellement responsable des honoraires du médecin dans leur totalité, quel que soit le tarif appliqué.

M. Dufau demande si les médecins syndiqués ont le droit de consentir des forfaits aux compagnies d'assurance.

M. le président répond que la question a déjà été tranchée par la Société locale lors de l'élaboration du tarif. Le forfait fut alors rejeté.

M. Pécastaing fait observer que cependant nombre de confrères soignent tous les accidents du travail pour un prix de 10 francs, forfait consenti aux compagnies. Les reçus lui ont été montrés par l'agent d'une Compagnie d'assurance.

M. Bourretère demande à connaître les noms des confrères qui ont signé ces reçus.

M. Pécastaing ne veut pas être dénonciateur.

MM. Dufau et *Labatut* demandent que tous les médecins syndiqués soient informés que le forfait est repoussé par le Syndicat et qu'ils soient mis en demeure de dénoncer leur traité aux Compagnies.

M. Pécastaing croit que nombre de confrères tout en se cachant, soigneront encore, à forfait, les malades des Compagnies. Il faudrait une surveillance.

M. Sentex estime que, lorsque les médecins appliquant le forfait verront leurs confrères mieux payés, ils l'abandonneront bien vite.

La résolution suivante proposée par MM. Pécastaing et Labatut est mise aux voix par M. le Président.

« Les médecins syndiqués appliquant le forfait aux Compagnies d'assurance dénonceront leur traité avant le 1er janvier 1907.

A partir de cette date, toutes les notes d'honoraires dus pour les accidents du travail seront adressées dans chaque arrondissement au Vice-Président. Après vérification, le Syndicat y apposera son visa et en poursuivra le recouvrement. »

(Adopté à l'unanimité.)

CORRESPONDANCE

Honoraires médico-légaux

Périgueux, janvier 1907.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

J'ai recours à votre dévouement à la cause professionnelle et à votre expérience pour vous demander un avis éclairé sur le cas qui m'intéresse et dont la solution ne sera indifférente à aucun de ceux de nos confrères qui font des expertises médico-légales. Je transcris pour plus de clarté les pièces du dossier de cette petite affaire :

1re réquisition.

« L'an 1906 et le 16 novembre,

« Nous, juge d'instruction de l'arrondissement de « Périgueux,

« Vu la procédure instruite contre la nommée L., « prévenue d'avortement,

« Requérons Monsieur Ch. Faguet, docteur en « médecine, médecin-légiste agréé par la Cour de « Bordeaux, à l'effet d'examiner la nommée L... « habitant à Périgueux, place..., n°., et de recher- « cher :

« 1° Si elle présente les traces d'un accouchement remontant à trois mois environ ;

« 2° Si la grossesse était plus ou moins avancée « quand l'accouchement s'est produit ;

« 3° Si l'accouchement s'est produit normalement « ou à la suite d'opérations ou de manœuvres vio- « lentes comme par exemple l'introduction d'une « grosse aiguille ;

« 4° Dresser de son examen un rapport motivé, le « tout après serment préalablement prêté entre nos « mains.

« Périgueux, le 16 novembre 1906.

L. DE M.

Je me rendis chez l'inculpée le 17 novembre 1906 et je constatai — de visu — qu'elle était réglée : dans ces conditions, je ne crus pas devoir faire un examen complet — le cas n'étant pas urgent — et je passai au Palais de Justice prévenir M. le Juge d'Instruction des motifs qui m'obligeaient à ajourner le dépôt de mon rapport.

2e réquisition.

« L'an 1906 et le 18 novembre,

« Nous.....

« Vu la procédure.....

« Attendu que M. le docteur Ch. Faguet, requis « par nous à la date du 16 novembre courant de pro- « céder à l'examen médico-légal de la prévenue n'a « pu pour les causes énoncées en son rapport rem- « plir complètement, le 17 novembre dernier, la mis- « sion qui lui était confiée et a dû renvoyer son exa- « men à une date ultérieure, lui délivrons à toutes

« fins utiles, une nouvelle réquisition tendant au « même objet que celle du 16 novembre 1906.

« Périgueux, le 18 novembre 1906.

« Le Juge d'Instruction

Le 25 novembre 1906, je fis venir la nommée L... dans mon cabinet et je fis un examen gynécologique complet afin de pouvoir répondre avec précision aux questions posées par le magistrat instructeur, puis je déposai un rapport détaillé — que je crois inutile de vous transmettre — et je fis mon mémoire d'honoraires dans les termes suivants :

1 visite...............	8 francs
1 opération autre que l'autopsie	10 francs
1 rapport.............	5 francs
Total :	23 francs

en m'appuyant sur le décret du 21 novembre 1893.

Ce mémoire me fut retourné par M. le Procureur général en me priant de lui faire savoir, par l'intermédiaire de M. le Procureur de la République, la différence qu'il y avait entre une visite et un examen gynécologique.

Voici quelle fut ma réponse :

Monsieur le Procureur de la République,

L'examen gynécologique constitue, à mon avis, une opération autre que l'autopsie pour les motifs suivants :

1° Il nécessite des instruments spéciaux et des précautions antiseptiques pour être fait complètement et sans dangers ;

2° Il est considéré comme tel (opération autre que l'autopsie) par M. le docteur Lande, de Bordeaux, (Les honoraires médico-légaux et l'exercice de la médecine légale, 1905, page 2.)

3° Le mot opération n'est pas pris dans le sens chirurgical, mais dans un sens plus général : c'est un acte qui nécessite plus de travail que la visite. Le médecin légiste n'est d'ailleurs jamais requis d'intervenir chirurgicalement.

Veuillez agréer. .....

Monsieur le Procureur général me répondit la lettre suivante que je reçus en communication :

« Bordeaux, le 21 décembre 1906,

« Le Procureur général à M, le Procureur de la « République de Périgueux,

« Je vous renvoie le mémoire de M. le docteur Faguet qui a fait l'objet de mes observations du 10 « décembre et de votre rapport du 16 du même « mois.

« La question soulevée par M. le docteur Faguet « s'est posée dans un autre arrondissement de mon « ressort pour un cas qui présente la plus grande « analogie avec celui de l'espèce : le toucher vaginal.

« Monsieur le Garde des Sceaux, consulté pour « savoir si dans ce cas le médecin pouvait réclamer le tarif de 10 francs m'a adressé le 9 août une « dépêche dont j'extrais le passage suivant :

« Un de mes prédécesseurs saisi de la difficulté, a « donné le 18 juin 1900 à un Parquet général, les ins- « tructions suivantes :

« Toute opération qui n'a pour objet que les in- « vestigations nécessaires au médecin pour rendre « compte dans son rapport de l'état de l'individu « soumis à son examen, ne peut donner lieu qu'à « l'allocation du droit simple de visite qui comprend « le premier pansement souvent compliqué de débri- « dement de la plaie, de l'emploi de la sonde, d'une « saignée urgente, etc.

« Les termes « opération plus difficile » ne s'appli- « quent qu'aux réductions ou amputations et autres « opérations de même importance que la situation « du malade commande de faire immédiatement...

« Si l'examen au spéculum s'est produit dans des « conditions ordinaires et normales, c'est le prix de « de la simple visite qui doit être appliqué. La mê- « me solution s'applique, pour identité de motif, au « toucher vaginal.

« Étant donné ce précédent, je ne crois pas pou- « voir accorder à M. le docteur Faguet plus que le « prix d'une simple visite pour l'examen gynécologi- « que de la femme L...

« le Procureur général. »

En résumé, que faut-il entendre par ces mots « opération autre que l'autopsie » ? Faut-il comprendre sous cette dénomination, le spéculum, le cathétérisme, le toucher rectal, comme l'indiquent MM. H. Jeanne et Lande ? Faut-il, au contraire, n'appliquer le tarif de l'opération autre que l'autopsie que lorsqu'il s'agit de réductions ou amputations et autres opérations de même importance que la situation du malade commande de faire immédiatement ?

De ces deux opinions contraires quelle est celle qui s'inspire de l'esprit du décret du 21 novembre 1893 ? Quel est le tarif applicable au cas particulier que je soumets à votre appréciation?

Sentiments reconnaissants et dévoués.

Ch. Faguet

Réponse. — Il n'est pas douteux que le mémoire présenté soit en concordance absolue avec la lettre et l'esprit du décret de 1893, et même des circulaires qui en ont précisé l'application l'année suivante, à moins que le Garde des Sceaux de l'époque n'ait jamais su ou voulu préciser (cela se voit ces choses-là) ce qu'il visait par « toute opération autre que l'autopsie ».

Pour toute personne simplement intelligente et de bonne foi, à plus forte raison pour les gardiens de l'équité qui vivent dans les parquets généraux et à la Chancellerie, il est évident que si M. Faguet ne se voit pas contester les 8 fr. attribué à la visite du 17 novembre, qui ne comporta ni le spéculum, ni le toucher, il a bien le droit à quelque chose de plus pour les opérations (autres que l'autopsie) par lesquelles il parvint le 25 novembre à se faire une opinion et à recueillir les données de son rapport.

Comme, d'ailleurs, on ne pourrait pas lui refuser la rémunération de cette visite du 25, puisque c'est elle qui a permis des conclusions fermes, et comme elle serait alors cotée 8 fr. il en résulte que c'est pour 40 sous (!) que la présente contestation est soulevée par un Procureur Général.

C'est tellement dur à admettre qu'il faut bien voir là, chez le chef du Parquet, la préoccupation de principe, et que le « Sou médical » ne doit pas hésiter à la soumettre au Garde des Sceaux.

Nous lui demanderons cette démarche à la prochaine réunion de son Conseil.

Un geste de syndiqué.

Monsieur le Directeur,

Permettez à un de vos jeunes lecteurs de vous adresser quelques réflexions que lui suggère un fait qui vient de se produire dans notre région !

Dans un article « Les accidents du travail et la déontologie » paru dans le *Concours médical* du 14 octobre 1906, M. Diverneresse disait que : « *tout malade devait toujours avoir le droit de choisir le médecin qui lui inspirait le plus de confiance, que tout médecin devait pouvoir donner ses soins au malade qui désirait les recevoir, et qu'un médecin ne devait soigner que les malades qui se rendaient chez lui en toute liberté et sans aucune contrainte morale.* Le Dr Lemelletier, de Carentan, dans une lettre publiée dans le *Concours* du 4 novembre 1906, adressait ses félicitations à

M. Diverneresse pour avoir ainsi défini la conduite d'un medecin honorable.

Maintes fois dans le *Concours* vous avez signalé le danger que faisait courir à la dignité médicale la conduite des médecins qui s'entendent avec certains chefs d'usine ou certaines collectivités pour acheter au rabais une chose qui n'appartient pas à ces collectivités et qu'elles n'hésitent cependant pas à vendre aux médecins, je veux dire : la confiance et la santé de leurs employés. Ainsi habitués à considérer comme *matière commerciale la peau de leurs employés*, certains patrons en sont arrivés à considérer aussi comme de simples employés les médecins qui ont accepté de traiter cette matière médico-commerciale. Les demandes des médecins qui consentent à exercer ce métier sont si nombreuses que la main-d'œuvre de ces ouvriers médicaux est singulièrement dépréciée,les patrons se croient donc autorisés à traiter avec le plus grand sans-gêne l'ouvrier médical qui accepte ce travail.

Le fait suivant fera toucher du doigt à quel degré de sans-gêne sont montés les employeurs et jusqu'à quelle déchéance sont tombés les médecins qui acceptent toutes les besognes pour trouver un peu d'ouvrage. (Je joins l'article du journal syndical l *Omnibus*, qui relate ce fait).

Notre excellent confrère, le Dr Vallat,de Joinville, était depuis quelque temps médecin d'une Compagnie de Tramways ; donnant ses soins éclairés sans compter, il avait su s'attirer l'estime des ouvriers ; malheureusement, il est bien difficile de plaire en même temps aux ouvriers et à la..... Direction. Celle-ci trouva bientôt que vraiment le Dr Vallat était par trop charitable, reconnaissant malades des gens qu'elle considérait bien portants. Or donc, un beau matin, notre confrère,arrivant au dépôt, trouva dans la pièce qui lui sert de cabinet de consultation, un contrôleur de la Cie, personnage avec une belle casquette à galons dorés.

Croyant qu'il avait affaire à un malade, le Dr Vallat lui dit : Vous êtes souffrant mon ami ? —Non, M. le docteur—Mais alors pourquoi venez-vous me consulter? — Mais M. le docteur, je ne viens pas vous consulter, j'ai reçu l'ordre du directeur de venir ass ister à votre consultation. — Eh bien M. le contrôleur, allez dire à votre directeur que je ne ferai pas la consultation en votre présence et que si vous ne partez pas, c'est moi qui vais m'en aller.

Le contrôleur partit contraint et forcé, il ne revint plus dans la suite, mais à partir de ce jour les rapports entre directeur et docteur se tendirent et notre confrère, outré, envoya, quelques jours après, sa démission.

La conduite du Dr Vallat est digne d'éloges et c'est de grand cœur que nous lui adressons nos plus sincères félicitations. Mais hélas ! les fonctions qu'il venait d'abandonner ne sont pas restées longtemps sans titulaire, et le nouveau médecin, en signant le contrat qui le liait a peut-être acquiescé aux exigences patronales qui furent la cause du départ du Dr Vallat. Il me semble que le Syndicat Médical, dont faisait partie notre confrère, devrait se faire un devoir d'inscrire son nom sur la liste d'or de ses membres, car il a su mettre en pratique la devise de tout syndicat : abandon de l'intérêt particulier au profit de la santé et de l'intérêt général Puisse son exemple ouvrir les yeux à nos malheureux confrères qui, moins indépendants,continuent de plier le dos sous la dure férule d'un patron ou d'un directeur d'administration.

Il est regrettable que, dans notre corporation, il se trouve des brebis galeuses qui, pour quelque argent, aillent vendre leur indépendance à des collectivités; je veux bien croire que la faim fait sortir le loup du bois, mais ne savons nous pas que, de ceux-là, il en est même parmi nos maîtres?

Au moment où tant de médecins soupiraient après des distinctions honorifiques, le Dr Vallat s'est tout seul octroyé la plus belle de celles-ci. C'est pourquoi, si vous publiez ma lettre dans le *Concours médical* j'estime que vous devriez lui donner pour titre « *Le Dr Vallat à l'ordre du jour des Syndicats médicaux* ».

A ce propos, laissez-moi vous dire qu'un jour vous avez écrit quelque chose que je n'approuvai pas. C'était à une de ces époques où la *rubanite* sévit épidémiquement comme la grippe. Vous annonciez qu'un médecin avait été décoré parce que Président d'un Syndicat médical et le prestige des Syndicats médicaux semblait, pour vous, en être accru. Eh bien ! ce jour-là, vous vous trompiez, à mon avis. Je crois mauvais, dangereux pour un Syndicat, organe de lutte et de résistance parfois obstinée aux vues des préfets et autres puissances administratives, d'être dirigé par un candidat à quelque ruban. Ce chef-là n'est plus libre : il prend fatalement le culte de la formule « *Pas d'histoires* », et vous avez été le premier à nous dire « *Un Syndicat ne vit que par les histoires.* »

Telles sont, mon cher Directeur, les réflexions que je suis décidé à vous envoyer après lecture de l'article ci-contre. A qui dire ces choses-là si ce n'est d'abord à notre excellent *Concours* !

Veuillez agréer, etc.

Dr M.

Les dessous d'une démission. Les contrôleurs médecins experts. Exigeons l'application du cahier des charges.

Dans mon article du mois dernier, je disais que je venais d'apprendre la démission du médecin du dépôt de S-M et que j'en parlerais ultérieurenent.

Les motifs de la démission du docteur Vallat sont très intéressants à connaitre pour les camarades ; ils montrent une fois de plus, qu'à l'E-P il est défendu de faire valoir ses droits et que rien ne doit subsister devant l'omnipotence et le bon vouloir de M. le Directeur.

Voilà les faits : déjà l'administration avait à plusieurs reprises fait des représentations à ce docteur parce que, — voyez le crime — il reconnaissait malades des agents qu'elle considérait bien portants.

Un médecin aussi indépendant, aussi peu esclave de la direction, avait besoin d'être surveillé ; et un beau matin, dans le cabinet médical du dépôt, arrive, flambard et galonné, un contrôleur qui déclare insolemment être envoyé par son chef pour contrôler la consultation, c'est-à-dire influer sur le diagnostic du docteur. Ces ordres sont plutôt grotesques, M. le Directeur ; M. Vallat qui, contrairement à ses collègues du dépôt de L tient à l'honneur de sa profession, n'hésita pas. Il prit mon contrôleur par les épaules, lui fit faire demi-tour en lui disant : « vous allez descendre illico dire à votre chef que je vous ai « f.... à la porte et que s'il vous envoie ici, à nouveau, la consultation n'aura pas lieu »,—Et le contrôleur ne revint plus ; mais à partir de ce jour,les rapports se tendirent. De ce jour les malades furent étroitement surveillés et mal notés. Voilà pour le premier motif ; le second est d'ordre différent voici de quoi il s'agissait.

Lorsque les Compagnies d'assurances ne voulurent plus assurer l'E. P. pour ses accidents du travail, la Compagnie chargea ses médecins de dépôt de donner les soins aux agents blessés. M. le docteur Vallat,qui était à la Compagnie pour soigner les malades et non les blessés, et qui, par cette mesure, voyait sa besogne doubler, demanda une augmentation de traitement, estimant que toute peine mérite salaire, ne voulant pas, comme ses collègues de L travailler à raison de 60 centimes l'heure, et que, d'autre part, il y avait intérêt pour les agents à être soignés par un médecin suffisamment rémunéré pour cela et pouvant, par conséquent, leur consacrer le temps et les soins utiles. Cette demande d'augmentation fut réitérée et l'Administration, après diverses réponses, déclara qu'elle ne pouvait y donner suite.

Troisièmement, M. Vallat fait partie du Syndicat des médecins ; or, on sait comment on aime les syn-

dicats à l'E-P où, seules, les Mutuelles jaunisses sont en grande estime.

Voyant que le secret professionnel de sa consultation ne pouvait plus être observé et que les agents n'étaient plus libres de se confier à lui ; que, pour un travail désormais considérable, il n'aurait de la capacité patronale qu'une rétribution dérisoire, et qu'enfin il ne lui était pas possible, à lui syndiqué, de faire triompher les idées syndicales sur les accidents du travail, il donna sa démission.

Les camarades de S-M, tout en regrettant le départ de ce médecin, qui fut en même temps leur défenseur, se réjouiront, avec les camarades des L et des M, d'apprendre que cette démission aura peut-être pour conséquence la mise entre nos mains de la gestion de la caisse de maladie. Car, je veux croire que ces faits inqualifiables, qui seront certainement confirmés par M. Vallat et que le syndicat soumettra aux pouvoirs publics, ne pourront être approuvés par ces derniers qui sommeront la Compagnie de respecter l'art. 37 *quater* B, du cahier des charges.

Une fois de plus, la bévue de M. le Directeur, lésant les intérêts de quelques camarades, aura été favorable à l'ensemble du personnel. — B.

N. B. — A propos des accidents de travail, je rappelle encore une fois aux camarades blessés du travail qu'ils ont intérêt à se faire soigner par un docteur autre que ceux de la Compagnie, de préférence par un médecin faisant partie du Syndicat des médecins de la Seine, Syndicat qui a coopéré avec les Syndicats ouvriers à l'élaboration des lois de 1898, 1902 et 1905, et dont la formule à cet égard est : « Libre choix du médecin par l'ouvrier conscient de ses droits », et j'ajoute : « *A ouvrier syndiqué, médecin syndiqué* ». — B.

(*Omnibus*, janvier 1907)

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Le vice de la Mutualité maladie actuelle.

Mon cher Directeur,

Je vous adresse, avec mon abonnement, mes vœux pour le sympathique Concours : *Vivat et crescat*.

Je trouve dans le premier numéro de cette année une flatteuse appréciation du Dr Martinet pour les idées émises dans mon article paru dans le n° du 23 décembre, page 910. Cet honorable confrère, qui a raison de s'honorer d'être membre fondateur d'un journal comme le *Concours*, tout en approuvant mon plan de S. S. M., semble me faire grief d'avoir prévu une contribution pécuniaire du médecin sous forme de remise sur le total de la note d'honoraires. « On devrait nous payer intégralement puisque nous faisons un tarif de faveur ». Je ne m'étais pas assez expliqué, sans doute, car je réprouve absolument tout tarif de faveur que je juge injustifiable et humiliant pour les mutualistes et les médecins. Mais la société de S. M. qui me garantirait la régularité du paiement de mes honoraires, qui me servirait d'agence de recouvrement, me rendrait un service que j'apprécierais volontiers par une remise de 7 et même 10 %. C'était là le fond de mon projet, les S. de S. M. ayant intérêt à rendre service en même temps à leurs membres et à leurs médecins, et ceux-ci ayant intérêt à contribuer au bon fonctionnement d'une société qui leur est utile ; c'était le concordat à trois.

Au risque d'abuser de votre obligeance, je ne puis résister au plaisir d'applaudir aux judicieuses réflexions du confrère nantais sur l'Assistance et la Prévoyance. Il est impossible de mieux voir et de mieux signaler le vice fondamental de la constitution des Sociétés de Secours mutuels telles qu'on les a faites jusqu'à présent. En effet, les membres honoraires donnent et ne reçoivent pas; les médecins et pharmaciens donnent plus qu'ils ne recoivent, les membres participants seuls reçoivent beaucoup plus qu'ils ne donnent. L'Assistance tend aussi à diminuer la Prévoyance, et le principe moralisateur de la mutualité est amplement faussé et même perverti. Ce n'est plus le sentiment de la solidarité humaine et de la dignité individuelle que l'on inculque au peuple, mais on l'habitue à ne se grouper qu'en vue d'exploiter la naïveté ou la bienfaisance de ses semblables. Les S. S. M. deviennent des confréries de demi-parasites, en réalité des associations peu estimables de vagabonds « spéciaux » comme on dirait à la Préfecture de Police pour ne pas effaroucher les lecteurs du *Concours*. Toutes les Sociétés que je connais dépensent à peu près le double du produit des cotisations des membres actifs. Donc....

..... Demandez à ces braves mutualistes presque tous décorés, qui se croient fermement à l'avant garde du progrès démocratique, comment ils appellent un Monsieur qui a un revenu de 3000 et qui par l'activité de son épouse, jouit d'un train de maison de 6 000.... ils sont capables de le qualifier durement.

Mais alors, toujours la paille et la poutre ?

Dr D. de S.

REPORTAGE MÉDICAL

1er Congrès français de Stomatologie. — Un Congrès de Stomatologie qui portera le nom de premier Congres français de Stomatologie, se réunira du 1er au 5 aout 1907.

Le Comité d'organisation de ce Congrès a form son bureau de la façon suivante : Présidents d'honneur, Drs Galippe et Redier (de Lille) — Président, Dr Cruet. — Vice-présidents, Drs Claude-Martin (de Lyon) et J. Ferrier. Secrétaire général, Dr Chompret. — Trésorier, Dr Gires.

Le Congrès sera ouvert à tous les médecins français et étrangers s'intéressant aux maladies de la bouche et des dents.

Les adhésions et communicatisns doivent être adressées au secrétaire général, Dr Chompret, 182, rue de Rivoli, Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Favet, de Beire-le-Châtel (Côte-d'Or) ; Valois, de Cosne (Nièvre) ; St-Agnis de Toulouse ; Ducau, d'Iltats (Gironde) et Bouchin, de Nuits St-Georges (Côte-d'Or), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-neuvième année N° 4 27 JANVIER 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Toujours pour l'exemple.

LE CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE.

Saint-Lô, le 18 janvier 1907.

Monsieur et cher confrère,

Au mois d'avril prochain, doit se tenir à Paris l'*Assemblée nationale des Praticiens de France*, dont le programme général compo.te l'examen des deux questions suivantes :

Réforme de l'enseignement médical ;
Libre choix du Médecin.

Pour répondre au vœu exprimé par les organisateurs de ce futur Congrès, nous avons pensé que le Corps Médical de la Manche, dans son intégralité, devait joindre ses efforts à ceux des divers groupements professionnels qui ont été les promoteurs du mouvement actuel.

Dans ce but, nous vous dirons tout simplement :

« Voulez-vous que nous rédigions, dès maintenant, le cahier de doléances des Praticiens de la Manche ?

« Voulez-vous que quelques-uns aillent, en notre nom à tous, porter ce cahier au Comité général qui déjà fonctionne à Paris ?

« Voulez-vous donner mandat à vos délégués de voter la transformation pratique de l'Enseignement médical et la suppression de tout mandarinat nouveau, tel que le *Certificat d'études médicales supérieures* ?

« Voulez-vous qu'ils aillent affirmer que tout groupement médical doit n'avoir en vue que la *Liberté pour chaque citoyen français de se faire soigner par l'homme qui a sa confiance, sans souci des ingérences de collectivités en quête de spéculation financière sur le dos du médecin* ? »

Si vous partagez ces désirs des organisateurs du Congrès des Praticiens, nous avons l'honneur de vous convier à une **Assemblée générale** qui aura lieu à **l'Hôtel de Ville de Coutances, le DIMANCHE 3 FÉVRIER**, à dix heures du matin.

En envoyant votre adhésion, nous vous saurions gré, Monsieur et Cher Confrère, d'y joindre vos revendications personnelles. De cette façon, nous pourrions sérier les désiderata qui nous parviendront et en faire un exposé clair, précis et pratique, ce qui éviterait une discussion interminable en Assemblée générale.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère,

l'assurance de nos sentiments d'excellente confraternité.

Docteurs
LE CONTE, Président du Syndicat de l'Arrt de Coutances
LETOURNEUR, — d'Avranches
VIEL — Valognes
YGOUF — Saint-Lô
LE CLERC, Président de l'Association départementale des Médecins de la Manche.

Les réponses et observations devront parvenir au Dr Louis ALIBERT, *Secrétaire de l'Association départementale des Médecins de la Manche, avant le 27 Janvier prochain.*

BULLETIN D'ADHÉSION

1° *J'assisterai à l'Assemblée générale de Coutances ;*
2° *Observations personnelles.*

Signature :
(Lisible)

Détacher ce bulletin et l'adresser sous enveloppe à 10 cent., au docteur Louis ALIBERT, rue du Rouxelet, Saint Lô.

Le Congrès dans le Nord.

Lille, 22 janvier.

Mon cher ami,

Veuillez excuser le retard que j'ai mis à vous répondre. Je suis abominablement grippé et suis incapable en ce moment du moindre effort intellectuel. Je vous écrirai longuement la semaine prochaine.

Le Congrès, ici, se prépare avec activité, nous avons fondé un comité d'initiative, et le président de notre fédération, Caudrelier, a fait, dimanche, au banquet des syndicats, un discours enflammé qui portera.

A vous nos meilleurs vœux pour 1907 et pour l'entente cordiale au Congrès !

Bien cordialement à vous et à tous les amis du *Concours.*

Dr L. DECLERCQ.

Le Congrès des Praticiens devant le Sénat.

M. le Dr Reymond, sénateur de la Loire, l'un des vice-présidents du Comité de préparation du Congrès, a profité, mardi dernier, de la discussion du budget de l'instruction publique pour annoncer officiellement aux pouvoirs la réunion de notre assemblée nationale médicale et rappeler à M. Briand la promesse qu'il fit jadis au bureau de l'Union des Syndicats médicaux et aux délégués qui accompagnaient celui-ci.

L'*Officiel* relate ainsi cette partie de la séance.

« Chap. 11. — Université de Paris, — Personnel, 3,318,025 fr. », chiffre nouveau, inférieur de 24,900 fr. au chiffre de 3,342,926 francs, voté par la Chambre des députés.

M. REYMOND. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Reymond.

M. REYMOND. Messieurs, le chapitre 11 comporte un crédit de 1,200 fr. nécessaire pour maintenir en exercice trois agrégés de la faculté de médecine de Paris.

C'est la réponse modeste à une demande plus générale adressée à tous les parlementaires et signée de presque tous les professeurs et agrégés des facultés et écoles de médecine françaises. Cette question de pérennité de l'agrégation n'est elle-même qu'une parcelle des modifications à faire subir aux études médicales.

Je me garderais, monsieur le ministre, de rien proposer touchant au budget de nos facultés. Toute tentative à cet égard est, pour l'instant, frappée d'insuccès, et, s'il était besoin d'un exemple, je rappellerais le beau geste du Conseil municipal de Paris qui vota il y a quelques années les sommes suffisantes pour créer des cliniques dont on était en droit d'attendre si grand bien et pour les malades et pour l'enseignement.

Le conseil municipal avait compté sans les privilèges dont la faculté ne peut se dépouiller, alors même qu'elle le désire : les cliniques ne gardèrent de municipal que l'argent qu'elles ont coûté et qu'elles coûtent encore, mais elles rentrèrent sous le giron de la faculté de médecine et durent lui emprunter son fonctionnement suranné malgré le mérite et le bon vouloir de ceux qui furent placés à leur tête.

Aucune modification budgétaire touchant l'enseignement médical ne peut être proposée sans qu'on touche à l'ensemble des réformes. Si certains laboratoires dépensent à eux seuls autant que tous les autres à la fois, il convient avant de s'en plaindre d'établir d'abord leur rôle et leur utilité.

Si à Paris, l'éducation clinique attribuée à un petit nombre de services, oblige l'Etat à payer cher un résultat médiocre, il faut savoir, qu'il suffirait d'un trait de plume pour que demain soit ouvert aux étudiants faisant leur stage, l'ensemble de tous les services de Paris, où ils trouveraient des maîtres avides d'enseigner, les éléments de travail, précieux entre tous, et que cette école des hôpitaux destinée à devenir la plus belle du monde, n'aurait pour sa création rien coûté au budget.

Les réformes des études médicales s'imposent aujourd'hui : M. Couyba, rapporteur du budget de l'instruction publique à la Chambre, en a fait une étude longue, documentée et intéressante.

Si M. Maurice Faure, dans son rapport au Sénat, ne s'est pas étendu sur la même question, ce n'est pas, je le sais, qu'il en méconnaisse l'intérêt.

M. LE RAPPORTEUR. Certainement !

M. REYMOND. Il y a plus de quinze ans que professeurs et agrégés proclament la nécessité des réformes : le rôle attribué à ces maitres est tel qu'ils sont les premiers à juger sévèrement sinon l'enseignement qu'ils donnent, du moins les résultats qu'ils obtiennent.

Ces réformes, les étudiants les réclament, eux aussi, avec insistance et précision : ils constatent l'insuffisance des connaissances pratiques qu'on leur demande, la pauvreté des moyens d'enseignement, l'impossibilité où ils sont d'apprendre dans le temps donné ce qui leur est aujourd'hui indispensable : ce sont eux qui insistent sur la nécessité de prolonger d'un an les études médicales.

Le rapport de M. Couyba énumère longuement les plaintes que présentent avec raison ceux qui enseignent, ceux qui pratiquent et ceux qui étudient.

Je n'en dis rien ; en revanche, je désire rappeler, messieurs, à votre attention ceux dont on ne parle pas et qui ne paraissent pas les moins intéressants : j'entends ceux qui souffrent, les malades eux-mêmes.

L'ensemble des connaissances que doit aujourd'hui posséder un médecin est considérable, le médecin de campagne, qui ne peut compter sur l'aide d'un confrère, devrait être théoriquement un savant encyclopédiste; du moins doit-on exiger de lui dans l'intérêt de ceux qu'il soigne, qu'il possède entre autres pratiques médicales, celle de la chirurgie courante et des spécialités diverses. Il n'en est, hélas, pas toujours ainsi et, pour préciser, je

prends, comme exemple, le traitement d'une affection fréquente nécessitant l'intervention facile et banale de chirurgie vulgaire.

Je veux parler de la hernie étranglée dont le pronostic n'est envisagé comme grave que si l'intervention est tardive. Aujourd'hui, même dans les pays les moins bien desservis, le médecin a chance d'arriver auprès du patient en temps d'opération, Et cependant que surviendrait-il si les conditions ou l'état du malade empêchent celui-ci d'être transporté dans la ville voisine !

Dans un certain nombre de cas — il faut, messieurs, avoir le courage de le dire — on laissera implacablement mourir le malade, parce que le praticien n'aura jamais fait l'intervention qui permettrait de le sauver.

M. Flaissières. C'est parfaitement exact.

M. Reymond. Je vous prie de croire que si j'ose apporter ici de semblables arguments, c'est qu'il s'agit de faits dont je me suis assuré moi-même.

Et lorsque dernièrement je reprochais à un jeune docteur, faisant de la clientèle depuis quatre ans déjà, d'être incapable de procéder à une opération si simple : « Où l'aurais-je appris, m'a-t-il dit ? J'ai fait brillamment à Paris mes études médicales dans le minimum de temps ; j'ai été reçu à tous mes examens avec de bonnes notes, mais n'ayant fréquenté les hôpitaux que comme stagiaire, je n'ai jamais eu l'occasion d'y touche un bistouri et bien moins encore d'y pratiquer l'opération dont il s'agit. »

M. Flaissières. C'est très vrai.

M. Reymond. Si l'on faisait chaque année le relevé des morts dues, comme celles-ci, à une insuffisance pratique de certains médecins parfois très brillants en théorie, en atteindrait un chiffre dépassant celui des morts qu'ont occasionnéesles pires catastrophes, celles dont le retentissement dramatique fait ensuite rechercher jalousement les responsabilités.

Or dans la mortalité que je signale les responsabilités existent aussi. Elles atteignent non pas les praticiens que leur instruction a laissés au-dessous de leur tâche, mais bien mieux ceux qui ont donné cette instruction et qui l'ont jugée complète alors qu'elle ne l'était pas. La responsabilité pourrait remonter plus haut encore et atteindre tous ceux qui, ayant la possibilité de participer à la réforme des études médicales, auraient négligé de le faire.

Et le monde médical s'en rend si bien compte qu'aujourd'hui, sociétés des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, société de l'internat, syndicats médicaux, sociétés savantes,étudient cette question pour laquelle un congrès général des praticiens de France va bientôt se réunir.

Le groupe médico-parlementaire a cru devoir, monsieur le ministre, insister auprès de vous sur l'utilité qu'il y aurait à constituer une commission comprenant non pas seulement des personnalités professorales dont la situation peut contrarier l'indépendance, mais aussi tels praticiens dont la compétence est indiscutable ; j'ajouterais volontiers tels étudiants qui savent ce qui leur manque, ce dont ils ont besoin et qui ont su déjà le préciser en différentes occasions.

L'étude des réformes médicales fermente de toutes parts : les projets abondent ; le choix en est délicat. Vous saurez, monsieur le ministre, mieux que tout autre, guider les bonnes volontés qui s'empressent autour de cette question. (*Très bien ! très bien ! — Applaudissements sur divers bancs.*)

M. Le Président. — La parole est à M. le ministre.

M. Le Ministre. — Messieurs, les observations développées par l'honorable M. Reymond posent la question de la réorganisation complète des études médicales.

Je ne me suis pas désintéressé de cette question; elle est à l'étude et, déjà, par les soins de mon administration, il a été provoqué, dans toutes les facultés de médecine, une consultation générale, grâce à laquelle nous avons obtenu des renseignements précieux sur les réformes qu'il importe de faire.

Dès à présent, nous nous occupons de constituer une commission chargée d'étudier la question, et je puis assurer à l'honorable M. Reymond qu'elle sera composée de telle manière que toutes les compétences puissent s'y faire entendre. Non seulement les droits et les intérêts de l'Université y seront représentés, mais aussi les droits, les intérêts et la compétence des médecins. (*Très bien, très bien.*)

M. Reymond. — Je remercie M. le Ministre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic des angines diphtériques.

M. le Professeur Roger a récemment remis au point la question du diagnostic des angines diphtériques qui a paru, un moment, exclusivement du domaine du laboratoire et qui, actuellement, semble revenir à la clinique.

Voici comment la *Quinzaine thérapeutique* rapporte les observations de M. Roger :

« Trois cas peuvent se présenter : 1° L'individu a été exposé à la contagion, et, ce qui est plus important, il offre les symptômes caractéristiques de la diphtérie, la fièvre modérée, l'adénopathie sous-maxillaire, un léger œdème du cou. En examinant le fond de la gorge, on trouve un dépôt de fausses membranes encapuchonnant la luette. Dès lors, le diagnostic clinique suffit; il ne faut pas attendre les résultats de l'examen bactériologique ; ce serait perdre un temps précieux ; vous devez injecter et injecter immédiatement du sérum antidiphtérique.

« Dans le cas que j'ai supposé, la conduite était tout indiquée; il n'y avait aucune difficulté. Et cependant, parfois le médecin hésite. Permettez-moi de vous citer, à ce propos, un fait bien caractéristique. Un médecin, d'ailleurs fort instruit et clinicien expert, est appelé auprès d'une jeune fille de dix-huit ans souffrant depuis deux jours, d'un mal de gorge. Il constate un exsudat blanchâtre sur les amygdales et une légère adénopathie La fièvre est modérée, mais le facies est pâle. Notre confrère pense à la diphtérie. Par précaution, il injecte immédiatement 10 centimètres cubes de sérum ; puis, imbu des données qui tendent à devenir classiques, persuadé que le diagnostic clinique est insuffisant, il envoie une parcelle des exsudats à un laboratoire de bactériologie. Le lendemain, il reçoit la réponse; il n'y avait pas de bacilles de Lœffler ; on ne trouvait que des streptocoques.

« Cette réponse ne satisfait pas le sens clinique du médecin. Cependant, il s'incline devant l'autorité du bactériologue et ne pratique pas de nouvelles injections. Le soir, la malade allant plus mal, le médecin envoie de nouveau des exsudats au laboratoire. La réponse est la même, pas de diphtérie. Cependant le mal empire. La famille et le médecin sont rassurés par les examens de laboratoire alors qu'il y a une aggravation du mal. C'est dans ces conditions qu'on me

demande mon avis. Je trouve une jeune fille extremement pâle. Le cou est assez volumineux ; les ganglions cervicaux sont tuméfiés et plongés dans un tissu œdématié. En pressant sur le nez je fais sortir un peu de muco-pus. En examinant la gorge, je constate que les amygdales sont grosses, tuméfiées et tapissées de fausses membranes verdâtres. Le doute n'est pas possible. J'affirme la nature diphtérique de la maladie et je fais injecter, séance tenante, 40 centimètres cubes de sérum. Puis je prélève une parcelle des exsudats que je mets en culture. Au bout de dix-huit heures, je trouve sur le sérum coagulé de nombreuses colonies formées par le bacille de Lœffler. Il n'y avait d'ailleurs que quelques rares colonies de streptocoque. L'évolution fut favorable et la malade a guéri. Mais vous voyez à quel danger on expose ceux qu'on soigne, quand on attache une importance absolue aux recherches pratiquées par des personnes peu compétentes. Je vous ai rapporté cet exemple, je pourrais vous citer bien des faits analogues : des médecins impressionnés par des résultats bactériologiques n'ont pas su maintenir leur diagnostic primitif et, au grand détriment de leurs malades, ont modifié le traitement que semblait commander l'examen clinique.

« De l'observation que je vous ai brièvement rapportée, vous retiendrez ce fait : il faut avant tout s'attacher à l'étude des symptômes, il faut savoir pratiquer soi-même les examens bactériologiques ou du moins être à même de vérifier les résultats qu'on vous fournit.

« A l'inverse du cas précédent, supposons un malade légèrement atteint. Nous trouvons dans la gorge un exsudat peu étendu, localisé ; l'état général est excellent. L'affection paraît si bénigne que nous hésitons sur sa nature. Dans ce cas pratiquez un examen bactériologique et attendez en le résultat. L'injection du sérum n'est pas exempte d'inconvénients, surtout chez l'adulte. On ne doit pas y avoir recours sans une indication formelle.

« Reste à envisager les cas intermédiaires ; c'est ici que notre embarras sera considérable. Si vous avez l'habitude d'examiner des diphtériques, vous vous tromperez assez rarement. Mais si vous hésitez, mieux vaut pratiquer une injection de sérum inutile que de laisser le mal évoluer et risquer d'intervenir trop tard.

« Ces règles s'appliquent surtout à l'adulte. Chez l'enfant, mieux vaut ne pas temporiser : la diphtérie est plus fréquente et plus grave ; elle gagne facilement le larynx. Que risque-t-on avec une injection de sérum antidiphtérique bien faite ? L'enfant supporte très bien ce sérum. »

Les fractures bimalléolaires.

M. le Dr Lucas-Championnière a récemment repris à la Société de chirurgie la question des fractures bimalléolaires. Tout d'abord, il estime qu'il est parfois impossible d'obtenir la réduction parfaite d'un certain nombre de fractures du tibia. On croit à la réduction, mais les radiographies sont venues montrer qu'elle n'était pas complète, et cependant les malades marchent bien. De ce résultat, il n'en faut pas conclure que la réduction ne laisse pas à désirer. On ne peut, d'ailleurs, pas procéder autrement, et cela importe peu, puisque les résultats fonctionnels sont bons.

Lorsque la réduction est difficile, on a recours au chloroforme qui la rend plus facile, et si l'on prévoit de l'agitation, comme chez les alcooliques, on utilise les injections de morphine.

Pour M. le Dr Schwartz ces fractures peuvent être divisées en quatre groupes : 1° fractures sans déplacement en dehors ou en dedans ; 2° fractures avec déplacement dans un sens ou dans l'autre ; 3° fractures avec déplacement et transport du pied en arrière ; 4° fractures avec ces déplacements et dislocation du tibia et du péroné. En général, le pronostic de la première variété est peu grave, tandis que c'est le contraire pour les autres fractures.

Pour obvier à ces déplacements et prévenir les déformations, il est nécessaire de bien surveiller les malades, en se conformant aux règles suivantes : 1° réduire la fracture le plus tôt possible avec le secours de l'anesthésie, si elle est nécessaire ; 2° si la fracture s'accompagne de gonflement, appliquer le vieil appareil de Dupuytren avec attelle en dedans pendant huit à dix jours, puis lui substituer un appareil plâtré solide ; avoir soin de fléchir le pied, car il a toujours de la tendance à se mettre en extension ; 3° au bout de quarante à cinquante jours, faire de la mobilisation et du massage, si la consolidation est obtenue.

A propos des déformations consécutives possibles, M. Championnière a ajouté :

Un cal paraît solide à la levée de l'appareil, mais au bout de quelque temps de marche, on note une déformation, et cela se voit pour d'autres fractures que celles du tibia ; ainsi, je l'ai observé pour des fractures du fémur, du poignet, de la clavicule. Il est difficile de le prévoir ; je crois que l'immobilisation très prolongée en est la cause. La question est importante, particulièrement au point de vue médico-légal. Cette solidité du cal manque quelquefois assez tardivement, et, dans ces cas, d'après les radiographies, il serait transparent. Cette transparence n'est pas une preuve du peu de consistance des cals, car j'en ai vu qui, transparents, n'en étaient pas moins solides. La conclusion de ces remarques est difficile à tirer. Cependant, ce qu'il faut se rappeler, c'est qu'on ne doit permettre à un fracturé de marcher qu'après avoir mobilisé les articulations pendant un certain temps après la levée de l'appareil.

L'initiation sexuelle.

M. le Dr Bérillon a fait à la Société d'Hypnologie une communication d'un intérêt pédagogique très pratique sur l'initiation sexuelle.

« D'une façon générale, dit-il, les enfants normaux tenus à l'écart des influences pernicieuses restent asexuels jusqu'à l'âge de la puberté ; à l'époque de la formation, l'apparition des fonctions génitales s'accompagne d'aspirations sexuelles, mais elles sont vagues et imprécises.

« Cet état d'indétermination sexuelle persiste le plus souvent jusqu'à ce qu'une initiation ou même une véritable corruption calculée apporte à l'adolescent des notions précises qu'il n'avait pas soupçonnées jusqu'alors.

« Tandis que les idées sexuelles acquises par les

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

honoraires médicaux.» (chez Masson, 120, boulevard St.-Germain) a été souvent signalé par nous comme un excellent guide pour la plupart des cas.

Dr B., de P., à M., à *Concours.* — Je vous soumets l'idée suivante : Ne pourrait-on réserver dans la correspondance du journal une place officielle pour les reçus des œuvres du Concours ? Ayant pour ma part à verser l'abonnement au Concours, les cotisations au Sou et à l'Amicale-maladie, je débourse pour envoi 2 timbres de 10 centimes et les trésoriers déboursent autant. Il me semble que donner reçu par publication au journal, que tout le monde reçoit forcément, éviterait pas mal de frais qui ne profitent qu'aux postes. C'est une simple idée, si simple que je suppose que vous l'avez eue.

Réponse. — En effet, elle s'est présentée et a été appliquée. Mais nous n'y avons pas donné longtemps suite parce que 1° cela tenait trop de place, 2° les confrères ne prenaient pas la peine d'y rechercher leur nom, 3° les talons de la poste dispensent de l'accusé de réception.

Concours à Dr G. M., de M. — Très heureux d'apprendre, avec preuve à l'appui, que votre syndicat cherche à sortir de son inertie. Celle-ci nous semblait d'autant plus étonnante qu'il est représenté par un délégué dans le conseil de l'Union : on ne s'expliquait donc pas qu'il ait perdu le contact.

Il y a plusieurs sons de cloche dans l'histoire de la personnalité dont vous parlez. Un bon arbitrage bien méthodiquement mené eût mieux valu que le blâme et l'ostracisme que nous croyons avoir été un peu hâtifs dans l'espèce.

Dr A., de St.-M-de-V. à *Concours.* — 1° J'ai fait au milieu de 1906, une déclaration directe au ministère du commerce à qui j'ai envoyé un certificat du maire de ma commune attestant 2 fr. par visite avant 1901. Le dit ministre m'a répondu que ma demande serait jointe au dossier et m'a accusé réception. Ai-je le droit de compter 2 fr. la visite ?

Réponse.— Oui, puisque votre commune est de celles pour lesquelles la direction a trouvé la preuve faite d'emblée.

2° Comment (si oui) en faire la preuve ?

Les compagnies protestent et me répondent que la liste des communes où

Suite page VI.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

le prix est modifié a paru nominative à l'*Officiel* et que la mienne n'y était pas.

Les explications que le *Concours* a publiées à ce sujet ne leur conviennent pas.

Réponse. — Le contraire nous étonnerait de la part des compagnies, mais fiez-vous sur ce que nous avons écrit et sur l'attestation de votre maire qui fait foi.

3° Seul médecin dans le canton ; tous les services publics, vaccination, inspection du premier âge, enfants assistés sont confiés à des confrères d'un canton voisin. Puis-je demander au syndicat dont je fais partie de solliciter une répartition plus équitable de ces services auprès de l'administration ?

Réponse. — Oui, car c'est évidemment un syndicat de praticiens egaux en droit et non une société de défense de tels et tels commerces médicaux monopolisés.

Dr L. de St.-J. de V. à *Concours*. — A titre d'abonné du *Concours Médical*, je vous serais reconnaissant de me fournir les deux renseignements suivants :

1° *Médecin des enfants assistés.* N'existe pas dans le canton où j habite, et, quand je suis de passage, ou m'arrête incessamment. A qui et sous quelle forme faire la demande ? Quelle rétribution ?

R. — La demande au préfet : rétribution fixée par le département.

2° La sage-femme du pays *seule* fait toutes les vaccinations du canton. Ce droit ne revient-il pas à un médecin ? Faut-il faire une demande dans ce cas ?

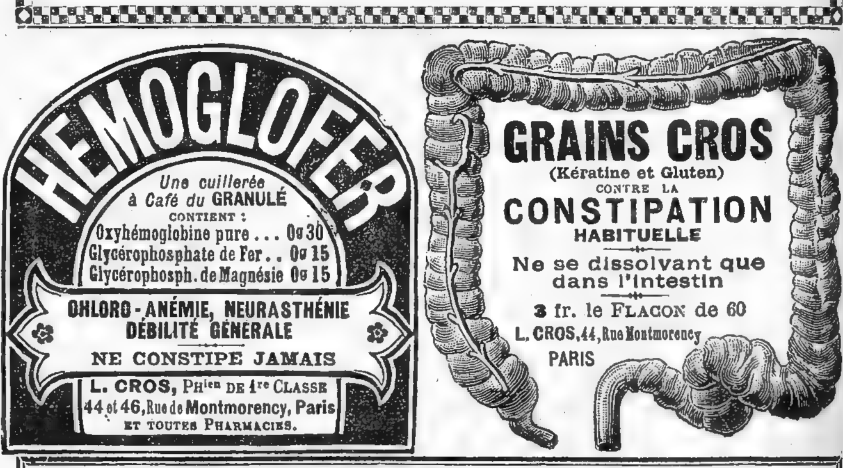
R. Oui. Et vacciner à l'occasion suivant le système départemental. Ecrivez d'ailleurs au syndicat de la Loire-Inférieure qui vient de se reconstituer pour aller plus de l'avant.

Dr C., de C. à *Concours*. — Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire dans votre prochain numéro si : 1° un pharmacien a qualité de gérer un bureau de tabac : 2° si le bureau de tabac peut se trouver dans le même local que l'officine.

Comme le cas de ce pharmacien buraliste existe dans ma résidence et que certains se récrient, je tiens à savoir jusqu'à quel point ces récriminations sont fondées.

Réponse. — Sous la législation actuelle le pharmacien n'a pas le droit de tenir débit de tabac dans son officine, ni même au dehors. Mais d'aucuns trouvent bien qu'il n'y a peut-être là quelque chinoiserie

Suite [illegible] VIII



lectures, les conversations, les exemples, ne laissent dans les esprits que des impressions le plus souvent passagères ou fugitives, les leçons données par un instituteur laissent des impressions profondes, capables de se répercuter sur la vie génitale tout entière.

« Nous avons observé de nombreux faits dans lesquels des impulsions sexuelles normales avaient eu comme point de départ très positif l'accomplissement d'actes inspirés et conseillés par une initiative coupable. La première sensation éprouvée avait été enregistrée par la mémoire avec une telle intensité que le souvenir de l'initiation se représentait dans toutes les circonstances où l'individu se trouvait sous l'influence d'un désir sexuel. Ses habitudes sexuelles se trouvaient donc dans une dépendance étroite avec la première sensation et le réflexe génital n'était réveillé que par des idées se rapportant à cette sensation.

« L'explication de ces états mentaux se trouve dans la suggestibilité souvent excessive qui caractérise les adolescents. On peut aussi admettre que les actes commis l'avaient été dans un état d'attente affective réalisant un véritable état d'hypnose, de mono-idéisme ou tout au moins d'expectante attention. Dans tous les cas, les idées introduites par l'initiateur se comportaient comme des suggestions faites sur un sujet très hypnotisable. De là, la ténacité et la fixité des premières impressions normales ou anormales de la vie sexuelle. Les succès très frappants observés dans le traitement des impulsions sexuelles anormales (inversion et perversion sexuelle: fétichisme, etc.), par la suggestion hypnotique, indiquent que le point de départ de ces impulsions réside bien plus dans une mauvaise initiation à la vie sexuelle que dans un état de dégénérescence.

« Il y a à ce sujet un exemple classique, c'est celui d'un jeune homme qui, ayant été initié à la vie sexuelle par une soubrette, ne peut réaliser l'acte sexuel après son mariage, qu'en emmenant sa femme dans une chambre de bonne, au sixième étage, après l'avoir ornée du tablier blanc, inspirateur de son désir. »

La non-contagiosité de la pelade.

« On sait que la pelade, au même titre que la teigne, a été considérée jusqu'ici comme contagieuse et que, en vertu du règlement relatif à la prophylaxie des épidémies dans les écoles de la Ville de Paris, les enfants atteints de ces deux affections étaient éloignés de l'école et n'y rentraient qu'après traitement et pansement méthodiques.

« A la suite des nombreuses expériences faites par le Dr Lucien Jacquet, dans le but de démontrer la non-contagiosité de la pelade, une enquête a été faite par M. Duguet, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ; dans son rapport, M. Duguet mentionne les expériences du docteur Jacquet, qui, après avoir pratiqué 1.100 inoculations peladiques, n'a pas réussi à faire développer la pelade chez les individus inoculés ; il cite aussi des essais infructueux d'inoculation observés par d'autres praticiens, notamment par le le Dr Hallopeau ; en définitive, il conclut en proposant au Conseil d'hygiène d'émet tre l'avis que le règlement actuel, maintenu pour la teigne, devrait cesser d'être en vigueur pour la pelade.

Dans sa séance du 30 novembre 1906, le Conseil d'hygiène a admis les conclusions du rapport de M. Duguet, et il a décidé, en outre, que les candidats au titre de médecin-inspecteur des écoles devront présenter un certificat de trois mois de stage, effectif et contrôlé, aux consultations spéciales et aux laboratoires de l'hôpital Saint-Louis.

« Ces décisions seront transmises aux autorités universitaires pour être immédiatement appliquées. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

REVUE DE CHIRURGIE CLINIQUE

Les sténoses pyloriques.

Les sténoses pyloriques sont dues soit au cancer, qui en est la cause la plus fréquente, soit à des cicatrices fibreuses généralement consécutives à un ulcère rond. Elles peuvent être produites par l'ingestion de liquides caustiques. D'après un rapport fait par Tuffier à la séance du 20 juin 1906 de la Société de chirurgie, souvent la seule lésion constatée après ingestion de liquides caustiques est une sténose pylorique ; la bouche, le pharynx et l'œsophage ne présentant aucune altération cliniquement appréciable. En outre, Tuffier note que dans ces cas, le rétrécissement de l'œsophage se manifeste en général bien avant celui du pylore, ce dernier apparaissant tardivement, de quatre à cinq jours après l'accident. Les sténoses du pylore peuvent être de nature spasmodique comme dans la maladie de Reichmann, ou sous la dépendance de compressions exercées par les tumeurs voisines.

Le diagnostic exact de l'existence et de la nature d'une sténose pylorique doit être fait à une période aussi rapprochée que possible du début du mal, aussi est-il nécessaire d'en bien connaître la séméiologie. Je vais la passer en revue à propos du cancer du pylore. Le pylore est, comme on le sait, un des lieux d'élection du cancer, et si les néoplasmes de l'estomac forment environ le tiers des épithéliomes primitifs, dans la moitié des cas de cancer gastrique, le début a lieu au pylore.

Cliniquement, le cancer du pylore associe les signes de l'épithélioma de l'estomac et ceux de la sténose pylorique. Il survient tantôt chez des malades qui avaient toujours eu un estomac parfait, tantôt chez d'anciens dyspeptiques, tantôt il se greffe sur un vieil ulcère perforant.

Quel que soit le passé gastrique, lorsqu'un su-

jet ayant dépassé la quarantaine maigrit et s'affaiblit, qu'il a du dégout pour les aliments, notamment pour la viande et les substances grasses, il faut songer au cancer.

Les meilleurs signes du début très importants à connaître sont : 1° l'anorexie élective précoce et tenace ; 2° Les crises douloureuses gastriques survenant soit de suite après les repas, soit 4 ou 5 heures après ; devenant plus tard continues avec crises paroxystiques après les repas ; 3° les vomissements glaireux d'abord, puis alimentaires, espacés au début. Lorsque la sténose fait des progrès, les vomissements prennent certains caractères ; ils s'espacent, ont lieu tous les jours, tous les deux ou trois jours ; sont très abondants, renferment des aliments pris longtemps avant (une de mes opérées avait rendu des haricots rouges pris vingt et un jours avant) ; ont une odeur nauséabonde spéciale ; 4° les hématémèses (matières ressemblant à de la suie, du marc de café). Les hématémèses ne sont pas spéciales au cancer et peuvent se remarquer dans d'autres affections : la gastrite ulcéreuse par exemple ; 5° la constipation. Les sujets atteints de sténose pylorique sont constipés parceque peu d'aliments traversent leur pylore. A la fin, sous l'influence de l'irritation apportée par l'ichor cancéreux qui se déverse dans l'intestin, survient de la diarrhée.

Parmi les signes physiques, sont à noter : 1° les ondes péristaltiques. Au début, l'estomac lutte contre l'obstacle pylorique, il se contracte énergiquement, d'où de véritables coliques stomacales. Ces contractions donnent naissance aux ondes péristaltiques, que l'on peut provoquer par l'irritation des parois de l'estomac et qui progressent de gauche à droite ; 2° la dilatation stomacale, qui se caractérise : *a*) par le clapotage sus et sous-ombilical, pathognomonique quand on l'observe le matin à jeun ; *b*) par la distension artificielle provoquée soit par l'ingestion de poudres effervescentes, soit par l'insufflation directe à travers le tube de Faucher ; distension qui permet de fixer les limites de l'estomac par la vue ou la percussion, ou l'examen phonendoscoqique ; *c*) par le bruit de flot perçu à l'auscultation. L'existence de la dilatation stomacale pourra faire préjuger un obstacle pylorique ; mais non sa nature ; 3° la stase alimentaire. Lorsqu'après douze heures de jeûne on retire de l'estomac, par le cathétérisme avec la sonde de Faucher, du liquide alimentaire on peut affirmer qu'il y a stase alimentaire et rétrécissement pylorique. Ce signe est un des plus importants et permet de faire presque à lui seul le diagnostic. La quantité de liquide résiduel retiré varie depuis quelques centimètres cubes jusqu'à plusieurs litres. Il y a des estomacs que l'on ne peut vider et qu'il serait d'ailleurs dangereux de mettre à sec, car on peut ainsi provoquer des accès de tétanie. On fera bien de rechercher au microscope la présence du sang dans le liquide retiré de l'estomac ; présence qui fera pencher en faveur du cancer.

On sait que, pour juger du degré plus ou moins grand de perméabilité du rein, on examine le retard plus ou moins grand apporté à l'élimination par les urines de certaines substances ingérées (bleu de méthylène). On a essayé d'appliquer à l'estomac une méthode analogue. On connaît à peu près le temps que doit séjourner dans un estomac sain telle ou telle substance ; le séjour prolongé de ces aliments (raisins de Corinthe, pruneaux, huile) peut faire préjuger une sténose. On a même expérimenté le retard apporté à l'élimination par l'urine de certaines substances chimiques : iode, salol, etc., pour juger de leur séjour plus ou moins long dans l'estomac. Cette méthode n'a jusqu'ici fourni que des éléments très incertains.

L'analyse chimique des liquides stomacaux retirés après repas d'épreuve donne des résultats assez sérieux. L'hypochlorydrie ou l'achlorhydrie sont en faveur du cancer ; l'hyperchlorydrie est plutôt en relation avec le rétrécissement cicatriciel ou la sténose spasmodique. Pour étudier le chimisme stomacal je me sers également du repas d'épreuve de Bourget de Lausanne (bouillon 200 cent. cubes, bifteck haché 100 grammes, pain 50 grammes, pruneaux secs cuits 6), que je fais prendre le matin à jeun après lavage de l'estomac préalable et que je retire deux heures et demie après soit par la sonde soit par expression. Les sténosés du pylore ont généralement l'habitude de se faire vomir pour se soulager, aussi est-il très facile d'obtenir d'eux la restitution du repas d'épreuve sans cathétérisme.

Lorsqu'on fait l'analyse du liquide résiduel retiré le matin à jeun, les résultats sont différents de ceux que l'on obtient après le repas d'épreuve. Il s'établit en effet des fermentations anormales qui modifient le résultat. On peut en pareil cas avec un cancer trouver de l'hyperchlorydrie et la présence d'acide lactique.

Enfin la tumeur apparaît avec la cachexie terminale. Un amaigrissement excessif et particulier au cancer du pylore, un affaiblissement physique très prononcé, une anémie intense avec déglobulisation progressive et leucocytose à polynucléaires, l'adénopathie, sont avec la tumeur les signes de la cachexie terminale.

La tumeur pylorique se perçoit généralement mieux chez les femmes que chez les hommes. Elle varie comme grosseur depuis le volume d'une noix à celui d'une orange ; elle est mobile latéralement, se déplace quelquefois avec l'estomac ; est parfois très mobile en cas de dislocation stomacale ; se trouve parfois à gauche ; une fois je l'ai trouvée dans la fosse iliaque gauche. Quand on intervient on trouve presque toujours une tumeur plus volumineuse que ne le faisait supposer l'examen antérieur ; ayant quelquefois envahi la petite courbure et la face postérieure de l'estomac, adhérente à sa face profonde, alors qu'à l'examen on obtenait encore un certain degré de mobilité. Il m'est arrivé plusieurs fois, alors que par la palpation je n'avais rien senti, de trouver, après l'ouverture du ventre, une tumeur pylorique déjà volumineuse masquée par le rebord des fosses côtes ; de même lorsqu'on a choisi la portion de paroi stomacale à aboucher avec l'intestin on la trouve, à la coupe, déjà lardacée et toute infiltrée alors qu'au doigt elle paraissait souple et saine.

L'adénopathie sus-claviculaire gauche (ganglion de Troisier) et inguinale sont des signes de généralisation.

Peut-on reconnaître cliniquement si la lésion cancéreuse est restée limitée au pylore ou bien a franchi ses limites et envahi le pancréas ? L'apparition des selles graisseuses, sans fournir des certitudes, peut donner de fortes présomptions à cet égard. Pour les constater il faut, suivant le conseil de Jaccoud, priver le malade de graisse

pendant 48 heures, et lui en donner de faibles quantités le troisième jour. Pour que ce symptôme ait une certaine valeur, il faut qu'il n'y ait pas d'acholie intestinale, auquel cas les selles graisseuses ne traduisent nullement l'altération du pancréas. L'amaigrissement rapide ; la présence de sucre dans l'urine ; une pigmentation anormale, brun foncé, manifeste surtout dans la région sous-ombilicale et à la partie supérieure des cuisses (symptômes d'Aran) ; un ictère chronique seraient, avec les selles graisseuses, les signes qui, d'après Jaccoud, corroboreraient une lésion pancréatique.

Le diagnostic de la période terminale cachectique est facile, c'était celui que les anciens médecins faisaient ; mais il est utile de savoir reconnaître une sténose pylorique néoplasique avant, car il ne faut pas attendre la cachexie pour intervenir. Comme le dit fort justement Monprofit dans son discours d'ouverture au dernier Congrès de chirurgie : « Si nous attendons que le tableau clinique soit complet, notre diagnostic sera peut-être rarement en défaut ; mais notre bistouri arrivera, hélas, toujours trop tard. »

Si l'on retranche du tableau clinique les signes propres au cancer, on aura la symptomatologie de la sténose cicatricielle. Clapotement stomacal observé à jeun, ondulations péristaltiques, dilatation avec stase alimentaire, sont les signes cardinaux qui permettent d'affirmer l'obstacle pylorique. Lorsque, dans les matières retirées par le lavage, on trouve des aliments ingérés plusieurs jours avant, et notamment des pellicules de végétaux, de pruneaux en particulier, qui franchissent très difficilement un pylore rétréci, la certitude est presque complète.

Pour délimiter l'estomac, une bonne méthode est l'insufflation à travers le tube de Faucher et à l'aide d'une poire de Politzer à capacité déterminée à l'avance. (J'ai pu me rendre compte ainsi, chez un de mes opérés, que la capacité stomacale était de trois litres.) Chez les malades timorés, on peut faire usage des poudres effervescentes ; on leur fait ingérer successivement une solution contenant 3 grammes de bicarbonate de soude et une seconde contenant 3 grammes d'acide tartrique. On voit très rapidement l'estomac gonfler et se dessiner sous la peau.

Dans les grandes dilatations stomacales, l'estomac est souvent disloqué, le pylore se trouve à gauche de l'ombilic ; la petite courbure devenant presque verticale. Dans ces cas, l'estomac occupe presque tout le ventre, de l'appendice xiphoïde au pubis.

Lorsqu'aux signes précédents s'ajoutent des vomissements bilieux abondants et fréquents, qu'il y a reflux de la bile dans l'estomac, on a affaire à une sténose sous-pylorique, dans laquelle l'obstacle siège au-dessous de l'ampoule de Vater.

Le diagnostic est fait, quel traitement faut-il employer ? Le traitement d'une sténose pylorique est essentiellement chirurgical. Toutes les fois que l'obstacle au cours du passage du chyme dans l'intestin pourra être levé, soit par la pylorectomie (cancer limité et non généralisé), soit par la dilatation du pylore (opération de Loreta et de Jaboulay, procédé qui tend de plus en plus à être abandonné), soit par la pyloroplastie, il est évident qu'il faudra recourir à l'une de ces opérations. En présence d'un cancer opérable, il faudra faire la pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie, ou à l'anastomose de l'estomac et du duodénum. Toutes les fois que cette méthode directe ne peut être appliquée, on est forcé de dériver le cours des matières en créant une bouche artificielle entre l'estomac et l'intestin.

Cette méthode indirecte, dont je m'occuperai spécialement, constitue la gastro-entérostomie, qui n'est que palliative en cas de cancer et ne peut qu'adoucir la fin des malheureux atteints de cette affection ; mais qui, dans les sténoses cicatricielles, est curative et guérit des malades qui, sans elle, seraient voués à plus ou moins longue échéance, à une mort certaine. C'est une opération de chirurgie courante, qui de plus en plus gagne du terrain et qui se fera avec d'autant plus de succès que le diagnostic aura été plus précoce. Comme le dit justement Hartmann dans sa Chirurgie gastro-intestinale : « Il existe toute une catégorie de malades que la majorité des médecins s'obstinent encore, par routine ou par ignorance, à traiter d'une façon absolument insuffisante; malades justiciables d'une intervention qui seule peut, suivant les cas, les guérir radicalement ou tout au moins leur rendre supportable le peu de temps qui leur reste à vivre. »

Il faut ajouter que le cancer pylorique reste longtemps localisé, se généralise assez tardivement et peut donner avec des opérations palliatives une survie assez longue. Chez une de mes opérées, la survie est actuellement de plus de trois ans.

La première gastro-entérostomie a été faite le 28 septembre 1881 à la clinique de Billroth par Wolfler. Ce chirurgien, opérant un cancer du pylore et ne pouvant en faire la résection à cause des multiples adhérences qu'il rencontra, aboucha une anse du jéjunum avec la face antérieure de l'estomac, faisant aussi une gastro-entérostomie antérieure anté-colique. Wolfler eut bientôt de nombreux imitateurs d'abord à l'étranger, puis en France, malgré la grande mortalité que donnait l'opération. Pozzi, un des premiers en France, (1889), fit une gastro-entérostomie dans un cas de cancer du pylore s'étendant à toute la petite courbure. Puis Péan, Heydenreich, Michaux, Jaboulay, Terrier, Doyen, Hartmann, etc. pratiquèrent de nombreuses opérations, soit dans le cas de cancer du pylore, soit dans les rétrécissements cicatriciels du pylore.

Les premières opérations furent presque toutes des gastro-entérostomies antérieures anté-coliques : l'anse grêle suturée passant en avant du côlon transverse. Cette façon de faire qui a conservé le nom de « méthode de Wolfler » a de sérieux inconvénients : 1° la formation d'un éperon aux dépens de l'anse anastomosée, qui se double en canon de fusil ; 2° la compression possible du côlon transverse par l'anse grêle lorsqu'elle n'est pas suffisamment longue ; 3° reflux des aliments dans l'estomac. A l'aide d'une petite modification au procédé primitif de Wolfler, il est facile d'obvier à ces inconvénients. Il suffit de faire l'abouchement de l'anse jéjunale, de façon à ce que son bout périphérique se trouve à droite du côté du pylore. Il est utile aussi de prolonger la suture séro-séreuse de deux centimètres environ au-delà des angles de la nouvelle bouche. On évitera de cette façon plus sûrement la formation d'un éperon.

Pour ces raisons, Courvoisier de Bâle (1883), traverse le grand épiploon et le mésocôlon trans-

verse pour aller suturer l'anse jéjunale à la face postérieure de l'estomac, faisant ainsi une gastro-entérostomie postérieure transépiploïque et rétro-colique. Ce procédé expose à la gangrène du côlon transverse.

Brenner, puis en 1892 von Braman, traversent également le grand épiploon et le mésocôlon transverse et suturent l'anse jéjunale à la face antérieure de l'estomac, faisant une gastro-entérostomie antérieure transépiploïque et rétro-colique.

En 1885 et 1872 von Hacker eut le mérite de fixer les règles de la gastro-entéro-anastomose rétro-colique et de rendre son exécution facile. Après avoir récliné par en haut l'épiploon et le côlon transverse, il sectionne le méso-côlon, attire la face postérieure de l'estomac, en fixe la partie qu'il veut anastomoser aux bords de la section du mésocôlon et anastomose le jéjunum à l'estomac. La formation d'un éperon, la compression du côlon transverse par le jéjunum formant bride, le passage de l'intestin à travers le mésocôlon, sont rendus impossibles avec ce procédé. Ce sont de sérieux avantages.

En outre la bouche gastro-jéjunale se trouvant placée à la face postérieure de l'estomac, dans un point déclive, lorsque le malade est couché, le contenu stomacal peut librement s'écouler par l'intestin. Mais le procédé de von Hacker expose à ce que les Allemands appellent le *circulus viciosus*, consistant dans le rejet de tous les aliments ingérés et de la bile refluant dans l'estomac par le bout supérieur de l'intestin. Bien qu'il soit rare, le fait est vrai, j'en ai observé un cas pour ma part.

Aussi, pour empêcher le circulus viciosus, Lawenstein, après avoir exécuté le procédé de von Hacker, anastomose une seconde anse jéjunale à l'anse afférente, faisant ainsi d'abord une gastro-entérostomie rétro-colique postérieure, puis une entéro-anastomose. Dans le même but, Braün et Jaboulay établissent une entéro-anastomose entre les deux branches montante et descendante de l'anse jéjunale suturée à l'estomac.

C'est guidé par la même préoccupation que Wolfler pratique son procédé de gastro-entéro-anastomose en Y, consistant à sectionner l'anse jéjunale, à en fixer le bout inférieur à la face antérieure de l'estomac à travers une brèche méso-colique, et à implanter le bout supérieur à l'anse jéjunale afférente à 20 ou 30 centimètres au-dessous de la bouche stomacale. Roux, de Lausanne, pratique également une gastro-entéro-anastomose en Y comme Wolfler ; mais au lieu d'implanter l'anse jéjunale à la face antérieure de l'estomac, il la fixe à la face postérieure de cet organe, faisant une gastro-entérostomie rétro-colique postérieure en Y. C'est là, évidemment, un procédé idéal qui, dans des mains aussi habiles que celles de Roux, peut être rapidement exécuté, mais qui me semble compliquer une opération devant être souvent vite menée vu l'état précaire des malades que l'on opère.

Pour fixer l'estomac à l'intestin, on a employé les plaques d'os décalcifié (méthode de Seun) ; les boutons anastomotiques (Murphy, Villar, etc.) et enfin les sutures. La plupart des opérateurs emploient la suture à la soie fine. Hartmann fait deux plans de suture : 1° un surjet séro-musculaire non perforant, sur une longueur de six centimètres ; 2° un deuxième surjet étreignant les trois tuniques. Roux fait trois plans de suture : 1° surjet séro-séreux ; 2° surjet séro-musculaire après l'ouverture des cavités ; 3° surjet muco-muqueux.

La recherche de l'anse jéjunale, qui autrefois était un temps mal réglé, a maintenant des règles précises. Une fois le côlon transverse sorti du ventre et le mésocôlon bien étalé, lorsque la paroi stomacale est fixée aux bords du mésocôlon incisé dans un espace avasculaire, il faut aller avec la main droite saisir à gauche de la colonne vertébrale la première anse que l'on trouve. En tirant sur cette anse on la sent fixée en arrière par le ligament de Treitz que l'on peut voir ; c'est la première anse de jéjunum. Le jéjunum repéré est retourné de façon à ce que son bout distal soit un côté du pylore. On fixe l'intestin par la convexité de l'anse et en faisant attention à ce qu'il n'y ait pas de tiraillements. La portion à aboucher est en moyenne à 0,15 ou 0,20 c. du ligament de Treitz.

L'estomac est incisé sur sa face postérieure à un bon travers de doigt en arrière des vaisseaux de la grande courbure. En cas de rétrécissement cicatriciel, il y a intérêt à placer la bouche stomacale au niveau de l'antre pylorique ; en cas de cancer, plus loin du pylore, à cause de l'envahissement possible de la nouvelle voie de communication par le néoplasme ; en cas d'estomac en bissac, il serait bon de faire l'abouchement sur la plus grosse poche la plus voisine du cardia.

Lorsque l'estomac et le jéjunum sont fixés par un premier surjet séro-séreux postérieur, après avoir garni le pourtour de compresses isolantes, on incise les deux viscères dans une étendue moindre et on élève l'estomac et le jéjunum en boîte aux lettres, comme le dit Roux. On évite ainsi l'issue des matières stomacales ou intestinales.

La gastro-entérostomie par la méthode de Wolfler est encore employée comme procédé de nécessité lorsque, par exemple, en cas de cancer étendu, la face postérieure de l'estomac est inabordable, ou lorsque des adhérences nombreuses existent en arrière. Ces cas à part, de tous les autres procédés, les deux qui se partagent les faveurs des chirurgiens sont ceux de von Hacker et de Roux. A ceux qui ne recherchent pas la difficulté, je conseille le procédé de von Hacker auquel je suis resté fidèle et qui donne d'ailleurs des résultats très satisfaisants.

Lorsque les lésions sont trop avancées pour qu'on puisse aboucher le jéjunum à l'estomac, il reste une ressource : la jéjunostomie ou opération de Muydl, qui l'exécuta le premier le 8 décembre 1891. Elle consiste à sectionner transversalement le jéjunum à environ 20 centimètres du ligament de Treitz ; à faire une implantation termino-latérale du bout proximal à 0,30 centimètres de la section sur le bout distal du jéjunum ; à aboucher le bout périphérique ou distal du jéjunum à la peau. On crée de cette façon une bouche jéjunale par laquelle le malade peut s'alimenter de la même façon qu'après une gastrotomie. On tend à admettre de plus en plus que la gastro-entérostomie doit être réservée aux sténoses cicatricielles et la jéjunostomie aux sténoses cancéreuses non justiciables de la pylorectomie. Je pense cependant que, toutes les fois que la chose sera possible, il vaut mieux, dans les sténoses cancéreuses, continuer à faire la gastro-entérostomie. Le sou-

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

et que si les médecins n'avaient que cela à reprocher aux pharmaciens, cela ne serait pas grand'chose, la question étant plutôt du ressort du prestige professionnel dont les syndicats pharmaceutiques sont seuls gardiens.

Dr H. M., de L. J., à *Concours*. — Je viens à mon tour d'avoir un différend avec une compagnie d'assurances.

Ayant présenté une note de 48 fr. pour soins donnés à un malade qui s'était fait une plaie au menton avec instruments tranchants, celle-ci m'a été réduite à 22 fr, que je refusai de toucher et appliquant strictement le tarif Dubief, d'après lequel la personne (docteur ?) chargée du service médical avait revisé ma note, je ne la réduisis qu'à 35 fr. La compagnie me comptait en effet :

Consultation et pansement 1 fr. à quoi je répondis :

Consultation, 1 fr. ; pansement antiseptique, 2 fr.

Je fais en effet toujours usage de sublimé et de pommade antiseptique, pour le pansement des plaies. N'ai-je pas le droit aux termes du décret (Art. 10 B), de faire payer à part mon pansement ? ou doit-on distinguer petit pansement (doigt, etc.) et grand pansement (bras jambe, tronc). C'est sur cette dernière classification que se base un de mes confrères.

P.S. Pourriez-vous aussi me dire quelles sont les accidents qui sont couverts par la loi-accidents du travail ! Les accidents agricoles sont-ils susceptibles d'application du tarif Dubief ?

Réponse. — 1° Depuis le 1er janvier tous les accidents de l'industrie et du commerce sont couverts par la loi. Ce n'est pas encore fait pour les accidents agricoles.

2° Un pansement antiseptique au menton, région ou les topiques ne peuvent être maintenus que par un bandage complexe, doivent se compter en plus de la consultation. Si le confrère (!) qui revise vos notes est un prince de la science il ne doit pas ignorer cela.

Dr C. de F. (Gers) à *Concours*. — Permettez-moi de vous soumettre un certain nombre de questions que je désirerais voir traiter dans le *Concours* et qui pourraient intéresser tous nos confrères.

Les vues stéréoscopiques sur verres coûtent cher et sont fragiles. Si Doyen d'une part et Camescasse et

Suite page X.

lagement procuré aux malades est le même, on ne le condamne pas à une infirmité ennuyeuse ; et on ne lui supprime pas l'alimentation buccale ce qui est bien à considérer.

Après l'opération,il faut alimenter les malades assez rapidement ; je commence en général le régime lacté le second jour et j'augmente rapidement l'alimentation de façon à arriver au régime ordinaire vers le dixième jour.

En général, les vomissements cessent de suite après l'opération ; dans quelques cas il y a de la diarrhée assez forte pour laquelle on est obligé de prescrire des astringents et surtout des désinfectants intestinaux.

Une complication très grave que l'on observe surtout chez les cancéreux est l'embolie. Un de mes opérés,atteint d'un cancer pylorique propagé à la face postérieure de l'estomac et gastro-entérostomisé, mourut en quelques heures, huit jours après l'opération, d'une embolie, alors que tout s'était passé admirablement, que l'apyrexie avait été parfaite et la plaie opératoire réunie (1).

Parmi les complications tardives de la gastro-entérostomie, il faut signaler l'ulcère peptique du jéjunum décrit pour la première fois par Braun. de Göttingue, en 1899, et dont on connaît environ 30 cas.

L'ulcère peptique apparaît en général dans les années qui suivent l'opération. D'après Tiegel,il se manifeste sous deux formes :

1° Forme perforante, péritonite généralisée à début brusque en pleine santé ; 2° forme simulant l'ulcère térébrant de l'estomac : douleurs une heure ou deux après les repas, infiltration de la paroi abdominale.

A ces deux formes Gosset en ajoute une troisième (*Presse médicale*, août 1906) : « La forme avec perforation dans un viscère creux, habituellement le côlon transverse ». Il en résulte des fistules jéjuno-coliques ou gastro-coliques. Dès que la fistulisation s'est faite,apparaissent des phénomènes caractéristiques ; amaigrissement rapide, diarrhée et vomissements fécaloïdes.

Il est nécessaire de bien connaître cette complication,de façon à pouvoir en faire le diagnostic et intervenir à temps,ce qui est de la dernière importance chez les malades opérés pour des rétrécissements cicatriciels, les seuls d'ailleurs chez lesquels on ait observé cette complication.L'abandon du traitement médical et du régime chez les hyperacides gastro-entérostomisés est à incriminer à l'exclusion du procédé opératoire. A part le régime Bourget de Lausanne. prescrit chez les gastro-entérostomisés la solution suivante :

Bicarbonate de soude chimiquement pur	10 gr.
Phosphate de soude	4 gr.
Sulfate de soude	4 gr.
Eau ordinaire	1 lit.

(Prendre 50 grammes de cette solution deux heures après le premier déjeuner ou trois heures après le repas de midi et du soir).

Quels sont les résultats de la gastro-entérostomie chez les rétrécis du pylore ? Ils sont différents,suivant qu'il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel ou néoplasique.

Dans le premier cas ils sont excellents. Le malade cesse de vomir, il peut s'alimenter et reprendre une vie normale. L'opération sauve la vie du malade. car on ne peut vivre longtemps avec un pylore obstrué. Dans une communication au Congrès de la Société internationale de chirurgie en 1905, Hartmann déclare que : 1° dans les sténoses non néoplasiques,90 fois sur 100,le malade est complètement guéri sans être obligé de s'astreindre à un régime spécial ; 2° que,dans l'hyperchlorhydrie rebelle, accompagnée ou non de gastrosuccorée, mais sans stase alimentaire, on voit les douleurs disparaître et le malade guérir définitivement. Je ne saurais être aussi affirmatif d'après le nombre restreint de cas que j'ai observés et opérés. Il m'a semblé au contraire que d'après les cas que j'ai suivis les hyperchlorhydriques restent des hyperacides et doivent continuer un traitement approprié.

Il y a un peu plus de trois ans j'ai opéré un jeune homme de trente ans, qui à la suite d'un ulcère stomacal survenu dix ans auparavant, était atteint d'un rétrécissement cicatriciel très serré. Son chimisme stomacal étudié après repas d'épreuve donnait : Acidité totale = 3 gr. 10 c. par litre et HCL = 0. La gastro-entérostomie (procédé de von Hacker) lui procura un soulagement immédiat. Les vomissements cessèrent et son poids qui était de 59 kg. avant l'opération atteignit trois mois après 72 kg. L'estomac qui descendait jusqu'au pubis mit deux mois à se rétracter. Il put reprendre ses occupations et recommencer à travailler. J'ai suivi cet opéré et l'ai revu tout dernièrement. Bien qu'il ait mené l'existence de tout le monde et qu'il ait travaillé depuis trois ans,il ne s'est pas mal porté. Il signale cependant encore quelques troubles digestifs et des aigreurs après les repas. L'examen par insufflation fait voir que l'estomac a ses dimensions normales. Le cathétérisme fait le matin à jeun ne permet de retirer qu'un peu de liquide teinté de bile, il n'y a donc plus de stase alimentaire ; il est à noter qu'avant l'opération je n'avais jamais pu nettoyer complètement l'estomac de ce malade. L'examen du chimisme stomacal après repas d'épreuve donne comme acidité totale 3 gr. 96 c. par litre et des traces d'HCL libre. Ce malade était donc resté hyperacide. Le bénéfice de l'opération dans ce cas avait donc été considérable puisqu'elle avait supprimé en fait l'obstacle pylorique et ses effets,mais sans enlever la cause primordiale et de l'ulcère et du rétrécissement : l'hyperacidité, qui était demeurée. Il est vrai que ce malade ne s'était astreint à aucun traitement spécial et faisait souvent des excès de boisson. Il ressort de cette observation la nécessité de continuer le traitement médical de l'hyperchlorhydrie chez les gastro-entérostomisés hyperacides.

Chez les rétrécis néoplasiques,la gastro-entérostomie n'est que palliative ; elle supprime le supplice de Tantale imposé au malheureux atteint de rétrécissement cancéreux du pylore, qui finissent par ne toucher à aucun aliment par crainte des souffrances et des nausées. Elle permet aux malades de s'alimenter. Mais elle laisse intacte la tumeur épithéliale, qui tôt ou tard se généralise et conduit les malades lentement,mais surement au tombeau. Pourtant le bénéfice est très appréciable et la survie parfois très longue, car le cancer pylorique,surtout chez les gens âgés, peut rester très longtemps localisé.

J'ai opéré le 11 novembre 1903,une femme de 60 ans, atteinte d'un volumineux cancer du py-

(1) Czerny en cite un cas survenu 25 jours après l'intervention.

lore avec ganglions sus-claviculaires et inguinaux. Au moment de l'opération elle pesait 34 k. 500 gr. A sa sortie de l'hôpital son poids était de 44 k. Actuellement, elle pèse 65 k. Elle a 63 ans, vaque à ses affaires, mange et digère bien et se déclare très satisfaite de son opération, ignorant la nature réelle de son affection.

A côté de ces cas heureux, d'autre fois la survie est courte. Chez deux de mes opérées de l'année dernière, âgées de 32 et de 39 ans et atteintes toutes les deux de cancer pylorique ayant envahi la face postérieure de l'estomac, la gastro-entérostomie ne procura qu'une survie de six mois à la première et de huit mois à la seconde.

Quoiqu'il en soit, on ne doit par refuser à un malheureux atteint de cancer pylorrique les bénéfices de la gastro-entérostomie. On ne peut jamais préjuger la durée de la survie, et on diminue en tous cas beaucoup les souffrances.

On peut donc conclure que si, dans les sténoses cicatricielles la gastro-entérostomie est curative et doit rester le procédé de choix ; dans les sténoses cancéreuses non justiciables de la pylorectomie, elle ne constitue qu'un expédient honnête.

Dr J. Tissot,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu
de Chambéry.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement des affections cardiaques troublées par un nouveau glycoside digitalique soluble, sans toxicité, sans accumulation.

Malgré l'inconstance thérapeutique de l'infusion et de la macération de digitale, l'usage de la digitaline cristallisée ne s'est pas encore généralisé. Les praticiens, en effet, redoutent à juste titre la toxicité de ce remède et ses dangers d'accumulation. Et pourtant la digitaline a des effets constants et représente une substance active chimiquement invariable, dosée d'une manière sûre. La feuille de digitale, au contraire, suivant le lieu de sa provenance, le terrain sur lequel elle pousse, l'époque annuelle de sa récolte, est plus ou moins active, plus ou moins riche en principes médicamenteux.

La question s'est donc posée de savoir s'il ne serait pas possible de retirer de la feuille de digitale un nouveau glycoside ayant, d'une part, toutes les vertus thérapeutiques de la macération préparée avec des feuilles fraîches élevées et cueillies dans les meilleures conditions, et d'autre part, la constance chimique et la fixité posologique de la digitaline, *sans en présenter les inconvénients.*

Le problème, on le voit, est d'une importance pratique de premier ordre, puisqu'il doit mettre aux mains du médecin une arme sûre, facile à manier et puissante. Beaucoup de chimistes ont essayé de le résoudre, car il était visible que pour obtenir un glycoside digitalique sans toxicité et sans dangers d'accumulation, il fallait le rendre *soluble*... Mais on risquait aussi, en le soumettant aux manipulations nécessaires, d'altérer ses propriétés physiologiques et peut-être même sa nature. Or, le Professeur Cloëtta, de Zurich, après des recherches laborieuses, est parvenu à retirer de la feuille fraîche elle-même ce principe actif *soluble* et tel qu'il se trouve dans la plante, c'est-à-dire à l'état amorphe. Il lui a donné le nom de « digitoxine amorphe soluble » ou « digalène ».

En possession de ce nouveau glycoside fourni par la Nature elle-même, le professeur Cloëtta montra que c'est à la digitoxine amorphe que la feuille fraîche doit toutes ses propriétés cliniques, et que si l'infusion et la macération s'accumulent souvent dans l'organisme, cela tient à la façon dont elles sont préparées, c'est-à-dire avec des feuilles déjà altérées, et qui, de ce fait, possèdent des substances secondaires plus ou moins toxiques, en dehors de la digalène.

Et pour répondre aux objections inévitables d'après lesquelles un corps amorphe doit être plus toxique et d'une constitution moins sûre que le corps cristallisé, le professeur Cloëtta expérimenta simultanément sur des animaux la digalène et la digitoxine cristallisée (1). Il montra que l'accumulation est insignifiante avec la première, tandis qu'elle est très sensible avec la seconde. « Cela tiendrait-il, dit Cloëtta, à la différence de poids moléculaire entre les deux substances ? La digitoxine amorphe ayant un poids moléculaire de 280 et la digitoxine cristallisée un poids de 552 ».

Mais en transformant la digitoxine cristallisée, par précipitation, en digitoxine amorphe, Cloëtta obtient un corps dont le poids moléculaire se rapprochait très sensiblement de 280. Il était donc en droit de conclure que cette différence de poids moléculaire était la conséquence des processus de cristallisation et que c'est encore à ces mêmes processus qu'il faut attribuer la cause de la toxicité et des phénomènes cumulatifs. De même Harnack (2) avait prouvé que la physostygmine amorphe est beaucoup plus pure et plus active que la physostygmine cristallisée.

En ce qui concerne la digitaline cristallisée française, Cloëtta lui reconnaît cette pureté chimique absolue, mais il affirme « qu'à doses égales, elle présente exactement les mêmes actions accumulatives que la digitoxine cristallisée ». Sur ce point, d'ailleurs, les pharmacologues français et étrangers sont parfaitement d'accord.

Nous voilà donc, avec la digalène, en possession d'un nouveau glycoside de la digitale, mais qui présente ce caractère essentiel d'être soluble, caractère d'une très haute importance pratique, puisque, grâce à cette solubilité, la digalène est presque sans toxicité, et tout à fait incapable de déterminer l'accumulation aux doses thérapeutiques. Mais il reste à savoir si cette digalène exerce sur l'organisme malade les effets cardiotoniques, cardiomodérateurs et diurétiques de la macération, si, en d'autres termes, cette solubilité, qui la met au-dessus, de tous les autres glycosides, n'est pas en réalité une faiblesse clinique.

Mais d'abord quelles sont, en peu de mots, les propriétés physiques et chimiques de la digalène ?

Nous savons déjà que c'est une digitoxine, amorphe, soluble dans l'eau et qu'elle est le principe actif de la feuille fraîche de la digitale pourprée. Son poids moléculaire est 280. Sa formule parfaitement définie et constante est :

$$C^{14} H^{23} O^{5}$$

(1) *Munch. med. Woch.*, 20 nov. 1906.
(2) *Archiv. anat. u. Physiol.*, nov. 1905.

Telle qu'on l'extrait de la feuille même, elle se présente sous la forme d'une poudre blanche qui par l'analyse donne les mêmes valeurs que la digitaline, présente les mêmes réactions colorées et les mêmes produits de décomposition. On la trouve dans le commerce sous la forme d'une solution aqueuse glycérinée contenue dans des flacons de 15 c. cubes et chaque c. cube, dosé à 3 dixièmes de digitoxine, équivaut à 15 centigr. de poudre de feuille fraîche. Ce dosage est fixe et invariable.

A chacun de ces flacons est ajouté un compte gouttes portant deux divisions, l'une d' 1|2 c. cube l'autre d'un c.cube. Il est ainsi très commode pour le malade de prendre à l'heure dite la dose indiquée du remède.

Mais la digalène n'est pas seulement utilisable par la voie gastrique, elle présente encore cette supériorité pratique, sur les autres digitaliques, de pouvoir être facilement introduite dans l'économie par la *voie intra-musculaire profonde*. Il est possible encore de l'utiliser en injections sous-cutanées et intraveineuses. Mais les premières sont un peu douloureuses et les secondes sont réservées plutôt aux cas exceptionnels où il est indiqué d'agir immédiatement. Nous conseillons d'utiliser de préférence la voie intra-musculaire profonde (régions fessière, des extenseurs fémoraux, deltoïde), parce que ces injections sont indolores et permettent d'obtenir des résultats au bout de quelques heures On devra s'entourer des précautions antiseptiques habituelles et on fera suivre chaque injection d'un massage vigoureux de quelques minutes.

C'est en utilisant cette voie intramusculaire et aussi la voie gastrique que nous avons observé l'action de la digalène dans 17 cas d'hyposystolie et d'asystolie confirmée. Onze fois, nous avons fait prendre le remède à raison de 3 à 4 cc. par jour dans du lait, et 6 fois nous avons injecté dans les mucles fessiers 2 à 3 cc. par 24 heures. Voici, d'ailleurs, deux observations résumées. Dans la première, l'introduction du remède a eu lieu par injections profondes et dans la seconde par la voie gastrique.

Obs. XI. — *Insuffisance aortique à la période troublée — forte hypotension.*

Employé de bureau, 49 ans. Rhumatisme poly-articulaire. aigu, à 24 ans. Emphysème.

Etat actuel. Légère cyanose, vive douleur précordiale, dyspnée continue. Légère ascite, œdème volumineux de tout le membre inférieur, diurèse 4 à 500 gr.

Les battements du cœur sont faibles, rapides, assourdis, mais assez réguliers. Le souffle systolique à la base est très faible, il faut beaucoup d'attention pour le percevoir. Pas de souffle intermittent crural. Pouls rapide, faible, assez régulier. 132 pulsations. Forte albumine, râles muqueux aux bases.

Traitement : lavement purgatif, repos, lait, et 2 injections fessières de 1 c.c. chacune. Pas de douleur, 5 mai 1906.

Ce jour-là, diminution de la dyspnée, Nuit plus reposante. Cœur légèrement ralenti.

Nous avons fait, à partir du 6 mai 3 injections journalières de 1 cc. pendant 3 jours et 2 injections pendant les 3 jours suivants cela fait au total 17 injections en 7 jours.

L'état du pouls à partir du 6 est le suivant :

117 pulsations, 102 ; régulier, 104 ; pouls mieux frappé, 85, 87 : très régulier et fort, 79, 68. Le remède est cessé, les jours suivants pouls : 76, 74, 79, régulier et bien frappé ; 72, 76, 77 ; normal.

L'état des urines à partir du 6 est le suivant :

1200 gr., 2200 gr., 2800,3200, diminution très sensible des œdèmes. L'ascite a disparu, 3700,2900, 3600, Nous cessons la digalène, les jours suivants diurèse : 2750, 2800, 2100, disparition complète des œdèmes, 1800, 2000, 1500, normale. A peine quelques flocons albumineux. (Le malade est un peu scléreux.)

Etat du cœur : le 9, bruits cardiaques nets et réguliers, ralentis ; le 10 apparition du double souffle crural ; le 12, bon état cardiaque, diminution nette de la dilatation.

Obs. XV. — *Insuffisance mitrale en asystolie!*

Mercière 37 ans. Pleurésie à 12 ans. Rhumatisme aigu à 14 ans.

Etat actuel : dyspnée intense, accès de suffocation, œdème des jambes, Foie douloureux, diurèse 500 gr. Pouls petit irrégulier, 135 pulsations, râles sous-crépitants aux bases. Albumine.

Cœur dilaté, battements faibles et très irréguliers pouls veineux vrai : pas de souffle xiphoïdien.

Traitement : lait, repos, purgatif drastique et 3 c.c de digalène en 3 fois dans du lait (18 octobre 1906), le remède est bien supporté. La dyspnée a diminué ce jour-là et la nuit a été moins pénible, les battements cardiaques se sont aussi légèrement ralentis.

Nous avons donné pendant 6 jours 3 c. c. de digalène par 24 heures. Le remède a toujours été parfaitement toléré.

L'état du pouls à partir du 18 est le suivant ;

117 pulsations ; 102, mieux tendu, 104 ; plus régulier, 107 ; un peu irrégulier, 95 ; presque régulier et fort. 89, régulier. Nous cessons la digalène. Les jours suivants pouls : 77, 82, 83, 79, régulier ; 80, 84, 81, normal.

L'état de la diurèse depuis le 18 a été : 1100, 1300, 2100, (les œdèmes rétrocèdent), 3 litres, 2400, 2600.

Nous cessons le remède : 3 litres les œdèmes ont disparu aux 2 tiers, 2700, 2100, 2600, disparition des œdèmes, 2150, 1800, 1600, normale. Il n'y a plus d'albumine.

Etat du cœur le 19, ralenti ; les jours suivants, il se régularise et le 24 il n'y a plus d'arythmie. La pression augmente nettement. Le pouls veineux disparaît le 25, et la dilatation cardiaque rétrocède, le souffle systolique reparaît intense à la pointe.

Si nous exceptons un cas d'asystolie à la 4e crise avec un myocarde incapable de réagir, qui fut suivi de mort, si nous exceptons 2 cas où nous avons dû aider les effets du remède par une copieuse saignée, toutes nos observations ont prouvé que la digalène détermine, sur les périodes troublées des affections cardiaques, des effets tout aussi nets que ceux obtenus habituellement par la macération de feuilles fraîches. Dans deux cas de pneumonie lobaire chez des vieillards, la digitoxine amorphe eut une action remarquable sur le renforcement des battements cardiaques et arrêta en 48 heures des symptômes cardioplégiques graves. Aussi nous posons en principe que dans tous les cas où le myocarde n'est pas arrivé à une période de dégénérescence ultime, la digalène a des effets constants et surtout très rapides.

Quand le cœur a triomphé de son asthénie momentanée, nous obtenons encore de bons résultats en associant à la médication iodurique le traitement digalénique. Nous donnons pendant 10 jours par mois, 20 à 40 gouttes de digitoxine (1|2 à 1 cc.). Par ce moyen nous soutenons l'énergie contractile du cœur sans agir sur la diurèse. et nous prolongeons l'état eusystolique.

En suivant de près nos observations cliniques, nous sommes amenés à reconnaître à la digalène une triple action physiologique.

En effet, dès que le malade a absorbé sa 2e prise du remède, c'est-à-dire 2 cc. par la bouche, les

battements du cœur se ralentissent légèrement et se renforcent. Au même moment, la respiration devient plus facile et la dyspnée n'augmente pas. C'est le début de la phase *cardiotonique* et *respiratoire.* Avec les doses suivantes et toujours dans la même journée, cet état cardiaque s'améliore et il n'est pas rare que, la nuit venue, les malades sujets à des crises d'asthme cardiaque ne présentent plus ce symptôme. Au bout des 15 à 20 premières heures, la diurèse augmente, elle peut passer de 400 à 1000 c. cubes et c'est déjà la *phase diurétique.* Les jours suivants, l'amélioration se développe et, avec les doses nouvelles de 3 ou 4 cc. par 24 heures, on observe l'éloignement complet de la dyspnée, le retour à l'état normal de la ventilation pulmonaire, et le ralentissement des battements cardiaques. Bientôt la pression s'élève et le pouls est plus ferme, plus régulier. La diurèse atteint 2 litres, 2 litres 500 et vers le 4e et 5e jour, au moment où le volume des urines atteint ou dépasse 3 litres, les œdèmes et l'ascite commencent à rétrocéder nettement. C'est la 3e phase thérapeutique, la *phase de la résorption œdémateuse.* Nous continuons encore la digalène, et l'arythmie disparaît, le pouls est bien tendu, régulier, ralenti. On n'observe plus d'intermittence vraie ou fausse. La diurèse persiste à son taux élevé, elle peut même atteindre 4 litres, et les œdèmes fondent rapidement, la dilatation cardiaque rétrocède.

Quand la résorption séreuse est complète, nous observons que la diurèse baisse. Au bout de quelques jours elle revient au taux normal, et généralement alors, l'albumine a disparu.

Si, à ce moment-là, nous redonnons la digalène, il est rare que nous parvenions à relever la diurèse au-delà de 2 litres. Parfois aussi, quand, au bout de 6 à 7 jours, nous cessons l'usage du remède, la diurèse baisse sensiblement en 4 à 5 jours, alors même que l'infiltration séreuse existe encore. Mais si nous reprenons le médicament la diurèse se relève aussitôt.

Par la voie intra-musculaire profonde, les effets de la digitaline soluble sont encore plus rapides et peut-être même plus énergiques. C'est au bout de 1 h. 1/2 que nous observons, en effet, le ralentissement des battements cardiaques et l'amélioration respiratoire, et c'est au bout de 6, 8, et 10 heures que la diurèse se relève. Le volume des urines dans deux observations a dépassé nettement 4 litres, mais, dans la généralité des cas, il se maintient entre 3.000 et 3.500 cc. Les œdèmes alors fondent rapidement. Il est tout à fait exceptionnel de voir durer les traitements digaléniques plus de 3 semaines, alors que le cas est fréquent avec la digitale ordinaire.

Telle est la marche habituelle et la physionomie de nos observations.

Mais à côté de ces constatations particulières et qui prouvent seulement la valeur curative réelle de la digalène, nous devons attirer l'attention sur plusieurs faits de haute importance et qui donnent à ce remède un aspect tout spécial.

Nous avons parlé de sa constance thérapeutique et de sa rapidité d'action, de cette rapidité qui assure déjà à la digalène une véritable supériorité. Mais où donc avons-nous vu des phénomènes toxiques ou des symptômes d'accumulation ? où donc avons-nous observé des vomissements, des vertiges, de la diarrhée, un état pulsatile trop ralenti ou bigéminé ? nulle part. Et, pourtant, nous avons donné souvent 4 cc. de digalène pendant 3 jours et 3 cc. pendant les 3 ou 3 jours suivants,

Nous avons introduit dans l'organisme 18 à 21 cc. de digalène, soit 5 milligr. 3 de digitoxine amorphe, sans qu'il en résulte d'inconvénients ! Et il s'agit d'un remède énergique faisant sentir ses effets dans les premières 24 heures ; et ce remède est un digitalique ! Quel est donc le secret de ce phénomène ? Il réside uniquement dans la *solubilité* de la digalène, dans cette solubilité qu'il ne faut jamais perdre de vue quand on parle de ce remède et qui domine toute sa pharmacodynamie. Il n'y avait pas de toxicité, pas d'accumulation, parce qu'il ne pouvait pas y en avoir, car la digalène, dès les premières 24 heures, s'élimine d'elle-même par les urines en raison de son extrême solubilité. Les jours suivants, elle s'élimine encore davantage par l'énorme diurèse qu'elle procure, montrant ainsi que le principe actif de la feuille fraîche n'a pas besoin de s'accumuler pour produire des résultats. Ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que, dans plusieurs cas, le traitement une fois cessé, nous avons dû le reprendre 4 à 6 jours après, parce que les œdèmes n'avaient pas entièrement disparu et que la diurèse tendait à redevenir normale. Or, en redonnant encore pendant 3 jours de suite 2 ou 3 cc. de digalène, le volume des urines doublait et triplait. Il n'y avait donc plus dans l'organisme avant ce second traitement une quantité de principe actif suffisante pour achever la guérison. Alors, ne parlons plus des phénomènes toxiques, puisque la solubilité de la digalène nous met à l'opposé de l'accumulation !

Il n'est donc pas absolument nécessaire à la digitale de s'accumuler pour être efficace, et il est visible que l'infusion et la macération ne produiraient pas d'effets cumulatifs, si l'on n'utilisait pas d'habitude, pour les réaliser, des feuilles altérées par une dessiccation prolongée.

La digitaline elle-même ne s'accumulerait pas, si elle ne présentait, comme le montre Cloetta, son caractère cristallisé.

Il faut remarquer encore que la digitoxine amorphe et diurétique avant d'être résolutive pour les sérosités et qu'il y a réellement entre ces deux phénomènes une relation de cause à effet.

Un autre fait, et qui ne manque pas non plus d'intérêt, c'est la constatation de l'innocuité parfaite de la digalène pour le tube digestif. Comme l'admettent les auteurs français, Reneau (1), Brion (2), Laumonier (3), Hyppolite Bech (4), le remède nous a paru toujours bien toléré par la muqueuse gastrique. Cette qualité donne encore à la digitaline amorphe une supériorité sur les autres digitaliques, puisque ceux-ci sont souvent rejetés par l'estomac intolérant des asystoliques et sont par eux-mêmes fort indigestes.

De même les injections intramusculaires sont indolores, et ne causent pas de troubles inflammatoires locaux.

C'est là une constatation facile à faire et qui présente pour le médecin une réelle importance.

(1) *Revue de thérap.* n° 21, 1906.
(2) Thèse de Paris.
(3) Communication à la Société de thérap. décembre 1906.
(4) Thèse de Lyon

Ainsi, la digalène doit être considérée comme le remède le plus pratique de la médication par la digitale. Comme puissance curative, elle est analogue à celle de la macération de feuilles fraîches. Elle est en effet tout aussi cardiotonique, tout aussi hypertensive, tout aussi diurétique. Grâce à sa solubilité particulière, elle agit rapidement sans déterminer de troubles toxiques et sans phénomènes cumulatifs.

Elle est sans danger pour le tube digestif, et par son utilisation facile en injections sous-cutanées, intra-musculaires et intraveineuses, elle ouvre la voie à une thérapeutique nouvelle, qui consiste à obtenir avec le minimum de temps le maximum d'effets. Le Professeur Vaquez (7) qui l'a expérimentée à ce point de vue s'en trouve satisfait et lui reconnaît une action plus rapide que celle des autres digitaliques. Mais en raison de son élimination facile, elle nous met dans l'obligation de répéter plusieurs jours de suite les doses habituelles et de les reproduire même s'il y a lieu.

Mais, vraiment, le praticien ne préférera-t-il pas tenir ainsi en main son malade, réglant au gré des circonstances la dose à prendre, plutôt que de l'abandonner à la force aveugle des digitaliques habituels, en attendant les résultats d'une accumulation inévitable ?

En outre la digitoxine de Cloetta permet de négliger la voie gastrique quand celle-ci est trop troublée, et transforme enfin la médication digitalique en une médication d'urgence commode et sans dangers. La digalène doit donc, en dernière analyse, être considérée comme une macération de digitale idéale, ayant un titrage fixe une constance thérapeutique absolue et dépourvue d'inconvénients.

Les doses habituelles à ordonner sont les suivantes : 3 à 4 cc. pendant 4 à 7 jours en surveillant l'état du cœur et des urines, et si l'on utilise la voie intra-musculaire 2 à 3 cc. pendant 4 à 7 jours en moyenne. On pourra d'ailleurs reprendre la médication si les circonstances l'exigent.

Dr Langle.

RADIOTHÉRAPIE

Quatre cas d'épithélioma de la face guéris par les rayons X (Photographies).

Par M. le Dr Lacaille.

Les journaux ont beaucoup parlé, ces temps-ci, de la faillite de la radiothérapie dans le cancer. C'était peut-être condamner un peu vite les rayons X. Le meilleur moyen d'en démontrer la réelle efficacité, c'est d'apporter des faits concluants.

Aujourd'hui il ne s'agit que d'épithélioma superficiel, mais j'ai l'intention de vous présenter d'ici peu un ensemble de curieuses observations de cancer *du sein*, cette fois traités avec des résultats très encourageants par les R... X.

Voici donc quatre cas d'épithélioma de la face guéris complètement et se maintenant tels depuis trois mois, un an, et dix-huit mois même. J'apporte à l'appui des photographies avant et après de l'un de ces cas. J'aurais voulu pouvoir en faire autant pour les trois autres, mais il s'agissait là de malades de clientèle privée, plus rebelles à l'objectif ; je suis bien forcé de me contenter de vous citer simplement « mes auteurs », je serai très bref d'ailleurs, l'intérêt résidant seulement dans le résultat obtenu.

Aussi je ne m'arrêterai à vous décrire ni les appareils employés ni leurs procédés d'utilisation. Ils sont connus de tous maintenant. Je vous rappellerai seulement que nous avons actuellement des instruments de mesure indispensables à toute bonne thérapeutique. D'une part, le radiochronomètre de M. Benoist nous permet d'apprécier le degré de pénétration des rayons émis par un tube et par suite de choisir (ces rayons devant être d'autant moins pénétrants que l'on s'attaque à des lésions plus superficielles) ; d'autre part les pastilles d'Holzehnecht ou celles de Sabouraud nous renseignent sur la quantité de R... X. utilisés (ces pastilles exposées en même temps que le malade virent d'autant plus qu'il y a eu plus de R... X. absorbés).

Munis de ces deux instruments de mesure, les radiologues peuvent maintenant aller presque à coup sûr, sans avoir à craindre comme autrefois des brûlures plus ou moins profondes.





Les rayons que nous avons utilisés pour nos malades ont toujours été du n° 5-6 du radiochromomètre de Benoist, rayons dont le degré de pénétration nous a semblé le meilleur pour la radiothérapie des tumeurs superficielles.

Observation 1re. — Voici d'abord l'observation qui correspond aux photographies que je vous fais passer. C'est la dernière en date, mais je vous la cite la première parce que, munie de ces épreuves, elle est plus complète en ses documents et peut servir de type aux autres.

Il s'agit d'une femme de 57 ans qui nous fut adressée en juillet dernier à l'Hôtel-Dieu. Cette femme portait sur la joue droite, ainsi que vous pouvez en juger, une tumeur du volume d'un gros marron ulcérée sur les trois quarts de sa surface. L'ulcération s'étendait à un centimètre environ en profondeur et était le siège d'un écoulement sanieux et sanguinolent et d'odeur infecte. La peau en cet endroit était peu mobile sur les plans profonds. Je ne m'attarderai pas plus sur la description, puisque vous avez la photographie sous les yeux.

J'ajouterai seulement qu'il existait un ganglion sous-maxillaire et qu'il y avait quelques légères douleurs.

L'histoire de la maladie est la suivante :

Il y a 7 ans, la malade n'avait qu'une petite tumeur (nœvus probablement) de dimension d'une

(7) *In* thèse de Brion.

tête d'épingle, tumeur qui augmenta en 3 ans jusqu'à avoir la dimension d'une lentille. A cette époque seulement, elle commença à s'ulcérer, se recouvrant de temps en temps de croûtes qui tombaient d'elles-mêmes pour faire place à une plaie légèrement saignante et chaque fois plus large. La malade consulta un confrère qui lui fit faire pendant des mois des pansements Raspail à « l'eau quadruple ». Devant l'insuccès du traitement cette femme se découragea et ne fit plus rien, jusqu'au jour où son médecin nous l'adressa.

La première séance fut de 5 h. avec 15 jours de repos. A sa seconde visite, la malade nous fit part de la disparition de toute douleur et de toute odeur. L'écoulement, d'abord très augmenté, avait diminué de moitié et la tumeur s'était affaissée notablement. Deuxième séance de 4 h. avec 10 jours de repos. Amélioration encore très notable de tous les symptômes. Les dimensions sont moitié moindres qu'au début. Troisième séance de 3 h., 10 jours de repos. L'amélioration s'accentue.

Quatrième séance de 5 h., 15 jours de repos. Il reste peu de chose, mais devant abandonner la malade pendant un mois, nous croyons prudent de lui faire encore une cinquième et dernière séance de 5 h..

Quinze jours après, la cicatrice était complète, nous dit cette femme, aussi avons-nous pu un mois après, le 5 octobre, la montrer complètement guérie aux élèves du cours de vacances. Vous pouvez, du reste, constater par vous-mêmes que la cicatrice est aussi parfaite que possible.

Depuis, nous la suivons et lui faisons tous les 15 jours, jusqu'au 20 novembre et uniquement par prudence, une séance de 2 h.

J'ai vu cette malade vendredi dernier en parfait état, tant au point de vue local qu'au point de vue général,

Je serai plus bref pour chacune des trois autres observations, pour éviter des redites d'abord et puis parce que les tumeurs étant de moindre volume et moins avancées, les suites ont été plus simples.

Observation II. — Le Dr Schwarz, le chirurgien de Cochin, me confie, en mars 1905 un homme âgé de 55 ans, portant sur la joue droite un petit épithélioma d'un centimètre de diamètre sur deux mill. d'épaisseur développé sur un nœvus pigmentaire enflammé par le rasoir. Cette petite tumeur, qui a débuté en janvier, était légèrement mamelonnée. à tendance ulcéreuse se recouvrant de croûtelles qui tombaient de temps en temps. Vu son petit volume et son peu d'épaisseur, nous n'utilisâmes ici que des doses relativement minimes variant de 2 à 3 gr. (soit 16 gr. en tout et par séances espacées de 10 à 15 jours). La guérison fut aussi rapide que complète et actuellement encore le malade ne présente pas trace de sa tumeur et il est presque impossible à 1 mètre de distance de dire quelle fut la joue malade.

Observation III. -- Le Dr Causit nous adresse en janvier 1906 un homme de 56 ans pour un petit épithélioma de l'aile de nez en tout semblable au précédent.

En janvier, deux séances (de 5 h. en tout) ; autant en février, autant en mars. Guérison complète persistant encore aux dernières nouvelles.

Observation IV.—La quatrième observation a trait à un epithélioma de la pommette chez une femme de soixante-sept ans. Le tumeur date de quatre ans, évolue lentement, laissant tomber de temps en temps une croûte qui découvre à chaque fois une plaie à tendance de plus en plus ulcéreuse et commençant à saigner depuis 3 mois.

Le docteur de Vichy, Therre nous adresse cette malade en juillet 1906. Cinq séances de 15 h. en tout espacées jusqu'au 25 août nous donnent guérison complète sans cicatrices et dont nous avons pu constater la persistance, il y a peu de temps encore.

Telles sont Messieurs, les observations que je voulais vous apporter. Ainsi que je vous l'ai dit au commencement, je me propose de vous présenter d'ici peu les résultats très encourageants de mes essais sur les tumeurs du sein.

(*Société méd. du IX arrond.*)

CONSULTATIONS DU « SOU MÉDICAL »

Droits et devoirs du médecin contrôleur et des contrôlés (blessé et médecin traitant) dans les accidents du travail.

Mon cher Docteur,

Les jugements rendus par le tribunal de paix du IIe arrondissement de Lille que vous me soumettez, ne me paraissent pas conformes à une saine et juridique interprétation de la Loi du 9 avril 1898-, 31 mars 1905.

La première espèce est la suivante :

Un ouvrier de la manufacture des tabacs de Lille est blessé dans son travail, Il se fait soigner par le médecin de son choix qui dresse le certificat constatant la blessure. Le certificat envoyé par l'ouvrier à la manufacture, pour être joint à la déclaration d'accident est refusé par l'administration. Celle-ci déclare n'être nullement obligée de joindre à la déclaration qu'elle doit faire à la mairie aux termes de l'art.11 le certificat dressé par le médecin de l'ouvrier et prétend ne faire usage pour cette déclaration que d'un certificat qui serait dressé par son propre médecin.

Elle se contente d'aviser l'ouvrier que ce médecin irait le visiter le lendemain pour dresser le certificat originel. Le blessé refusa de se laisser enlever le bandage qui recouvrait sa plaie, hors la présence de son médecin et sur la défense de ce dernier. L'Administration fit la déclaration d'accident en y joignant un certificat de son médecin constatant le refus et de son côté le blessé fit une déclaration à laquelle il joignit le certificat de son médecin.

C'est dans ces circonstances de fait que le blessé attaqua l'administration en paiement du demi-salaire. Celle-ci opposa à la demande que, tant que l'ouvrier ne s'était pas laissé visiter par le médecin patronal, chargé d'établir le certificat originel, il était impossible pour elle de connaître l'existence réelle d'un traumatisme ; « que le paiement du demi-salaire n'était jusque là qu'une

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

Lehmann de l'autre publiaient leurs vues d'opérations sur papier, ils les mettraient à la portée du praticien. Ne pourrait-on pas l'obtenir d'eux ?

Pour les dents, ne pourriez-vous pas indiquer des formules de ciments faciles à employer et faciles à préparer, qu'on pourrait faire faire par tous les pharmaciens à bon compte, comme le formogène si on avait la formule exacte ?

Quel est des VIII volumes du « Manuel du chirurgien-dentiste » de Godon, celui qui traite de l'obturation des dents et donne les formules des ciments ? Est-ce le tome V, thérapeutique dentaire ? le VI, clinique dentaire ? ou le VII, dentisterie opératoire ?

Vous avez publié cette année la technique de la colpopérinéorraphie. La technique des opérations nouvelles nous est d'une très grande utilité et nous ne la trouvons pas dans nos livres qu'il faudrait renouveler chaque jour. Vous pourriez publier une série d'articles sur ces sujets, par exemple, la technique de l'épididymectomie, de l'appendicite, de la suture des intestins, de l'emploi du bouton de Murphy, etc. Nos livres ne les donnent pas; la première édition de Marion n'en parle pas : il nous faudrait acheter un livre pour chaque opération nouvelle.

En variété, vous pourriez indiquer la manière de classer les livres d'une bibliothèque ; cela vous serait facile avec tous les renseignements que vous avez sous la main à Paris, car c'est une question que plusieurs sociétés ont traitée en détails.

Je vous exposerai plus tard d'autres desiderata. Je craindrais pour le moment d'être ennuyeux ou de paraître trop exigeant.

Réponse. — Nous passons la main à nos lecteurs pour qu'ils donnent satisfaction à vos divers points d'interrogation, car, sur certains, nous redoutons de manquer de compétence et de précision.

Les articles de MM. Paul Petit, Tissot, Broca, etc... vous donneront ce que

Suite page XII.

éventualité qui ne pouvait être résolue que par voie judiciaire et ce aux frais de l'ouvrier. »

Le juge de paix a admis ce système. Par un premier jugement interlocutoire du 23 mai 1906 il a commis un expert pour « déterminer si réellement ou non R., consécutivement à l'accident du travail du 4 mai, a été atteint d'un traumatisme ». L'ouvrier ne se pourvut pas contre cette décision et accepta l'expertise. L'expert procéda à sa mission et conclut que « l'incapacité de travail de R... s'était étendue du 4 mai au 3 juin » soit pendant 31 jours. Le juge de paix statua définitivement après dépôt du rapport et, tout en condamnant l'Administration au paiement du demi-salaire pendant la période déterminée par l'expert, il condamna l'ouvrier aux dépens.

« Attendu, dit le jugement définitif du 10 juillet « 1906 qu'ils doivent incomber à qui a motivé la « procédure et l'instance; que si l'administration « n'a pas reconnu l'état d'invalidité de R.., c'est « parce que celui-ci a refusé de laisser constater « par le médecin de l'administration, l'existence de « l'entorse dont il se prétendait atteint refus que « *rien ne motivait* NI EN DROIT, ni en fait, que, ce « faisant, R.. s'est mis dans la nécessité de recourir à une action judiciaire pour établir la réalité de « ses droits à une indemnité de demi-salaire; que « conséquemment les frais de cette action doivent « lui incomber. »

Le juge de paix n'a pu déclarer injustifié, *en droit*, le refus du blessé de se laisser visiter par le médecin patronal pour l'établissement par lui du certificat originel, qu'en s'en référant implicitement au jugement interlocutoire par lui précédemment rendu et où, avant de commettre un expert, il avait examiné la question de savoir si le refus de l'ouvrier était ou non fondé.

Il nous faut publier le texte même du jugement du 23 mai, pour faire éclater le vice du raisonnement qui en fait la base :

EN DROIT.

Attendu que, de ces faits, il résulte à évidence que Royndal a eu l'intention et a prétendu, comme il le prétend d'ailleurs actuellement encore en ses conclusions, avoir le droit, aux termes de la loi sur les accidents du travail, de ne pas subir la visite du médecin de la direction, de remplacer celle-ci par la visite de son médecin personnel, ou d'imposer à la direction le certificat de ce dernier;

Attendu qu'un tel droit n'est nulle part spécifié dans la dite loi, qu'il ne peut pas s'induire des prescriptions du législateur; en effet, d'une part, de ce que l'article 4 contraint, *sous sanction pénale*, le patron à déposer un certificat médical, *il s'en suit nécessairement, que le patron a le libre choix du médecin certificateur, que l'ouvrier a le devoir de se prêter à la visite de celui ci*, que le dit ouvrier ne peut substituer pour cette visite son médecin personnel à celui du patron, ni imposer au patron le certificat qu'il a fait dresser par son médecin à lui ouvrier; et ces conséquences, d'accord avec le simple bon sens, avec la raison, avec les principes généraux du droit, sont confirmées dans la loi sur les accidents du travail, *par la faculté que la dite loi donne à l'ouvrier, d'opposer une déclaration personnelle et un certificat médical à la déclaration patronale* et au certificat médical annexé, car cette faculté serait sans utilité, sans raison quelconque, si le patron était tenu soit de faire visiter la victime par un médecin certificateur choisi par elle, soit d'annexer à sa déclaration un certificat dressé par un médecin au choix de la victime.

Attendu que, pour légitimer son éviction du médecin de la Manufacture, Royndal en ses conclusions, argue de l'inobservation de la procédure instituée par le 5e alinéa de l'article 4, mais attendu que *cette procédure n'est applicable qu'au cours du traitement, ou, lorsque l'existence du traumatisme et sa relation avec l'accident ont été reconnues*, soit par le patron amiablement ou à la suite des constatations de son médecin, soit par décision judiciaire; que, tant que *cette reconnaissance n'a pas eu lieu, la victime n'est pas* LÉGALEMENT *en traitement*, quelques soins que puisse nécessiter son état pathologique et quelque affirmatif que soit le certificat du médecin de l'ouvrier, cela par la double raison que la relation de cet état pathologique avec l'accident, plus encore que l'existence même de cet état ne sont pas juridiquement établis; car, d'une part, la déclaration de l'accident par le patron ne constitue pas un aveu de reconnaissance du dit accident, d'autre part, c'est un principe général auquel la loi sur les accidents du travail n'a point dérogé, qu'un certificat médical produit par une partie en cause (en l'occurrence la victime) ne fait pas foi contre l'autre partie des constatations y contenues et qui n'ont pas été contradictoires.

Attendu, *quant au refus opposé par Roynda de laisser débander son pied en l'absence de son médecin*, qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à la question qui est du ressort exclusif d'un expert médecin, de savoir si réellement l'entorse arguée exigeait le bandage et justifiait le refus; qu'en effet, quel que soit le motif du refus, Roynda avait parfaitement le droit de l'*opposer au médecin patronal*, tout expérimenté qu'est celui-ci; que, par contre, comme aucun texte n'oblige et ne pourrait équitablement obliger ce médecin à se mettre à la disposition du médecin de l'ouvrier, le dit médecin de la Manufacture a, avec raison, considéré le refus comme mettant fin à sa mission et dressé du fait un certificat qu'avec non moins de raison la *Direction a déposé à la Mairie*, s'exonérant ainsi de toute pénalité et laissant à déterminer par voie de justice la réalité de l'entorse arguée et de l'incapacité prétendue, par suite le droit de Roynda à une indemnité de demi-salaire.

Attendu que, dans ces conditions, il y a lieu de nommer un expert médecin qui détermine si réellement ou non Roynda, consécutivement à l'accident du travail du 4 mai, a été atteint d'un traumatisme.

PAR CES MOTIFS, nommons M. X..., docteur médecin, expert à l'effet de...

Nous ne comprenons pas pourquoi le juge de paix, dans la première partie de sa décision, s'est cru obligé de choisir entre le médecin patronal et le médecin de l'ouvrier pour accorder un privilège au premier pour la rédaction du certificat originel, et nous ne saurions admettre en tout cas la solution adoptée par l'honorable magistrat.

La loi de 1898-1905, dans son article 11, 3e et 4e § ne s'est pas préoccupée de résoudre la question de savoir de qui, entre les deux médecins, doit émaner le certificat à joindre à la déclaration d'accident. Elle a mis à cet égard le patron et l'ouvrier sur le même pied. Si elle a enjoint au chef d'entreprise de « dans les quatre jours qui « suivent l'accident, quand le blessé n'a pas repris « son travail, déposer à la mairie *un certificat de médecin* indiquant l'état de la victime », elle ajoute au § suivant que « la déclaration pourra être faite *dans les mêmes conditions* par la victime... » Donc aux yeux de la loi, s'il y a obligation pour le patron de faire la déclaration il n'y a pas de médecin privilégié au point de vue de la rédaction du certificat; ou ce sera le médecin du patron, si l'ouvrier accepte, dès l'accident survenu, les soins de ce médecin, ou ce sera le médecin de son choix, s'il use du droit que lui confère l'article 4.

Ce certificat originel, d'ailleurs, dont l'importance considérable n'est pas niable, qu'il émane

du médecin patronal ou du médecin de l'ouvrier, a pour but principal de mettre en mouvement, s'il y lieu, le maire et le juge de paix, et de faire procéder à l'enquête dans le cas d'incapacité permanente. Les constatations qu'il contient peuvent être contrôlées, discutées, combattues par celle des parties qui croit ses intérêts mis en péril par elles. Mais il n'y a pas de *médecin certificateur privilégié.*

Mais alors, l'ouvrier peut-il imposer au patron le certificat du médecin qu'il a choisi ? Non, pas plus que le patron ne peut imposer à son ouvrier le certificat de son médecin à lui.

Ce que la loi veut, c'est que la déclaration soit faite avec un certificat médical à l'appui, sauf ensuite aux parties à prendre leurs précautions pour sauvegarder leurs droits.

Si le certificat originel est dressé par le médecin choisi par le blessé, le patron peut le joindre à sa déclaration à la mairie, sans qu'on puisse en induire qu'il en accepte le contenu. S'il met en doute les constatations de ce certificat, s'il veut, dès l'origine de l'accident, les faire contrôler par un médecin qui ait sa confiance, la Loi lui en fournit le moyen dans le 5e § de l'art. 4. Il n'a qu'à désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de sa victime, et muni, du visa du juge de paix, ce médecin aura accès près de la victime, en la prévenant deux jours d'avance, ainsi que le médecin de celle-ci, comme il convient. Il pourra faire un rapport qui équivaudra pour le patron à un certificat et ce dernier pourra en faire le dépôt à la mairie. Rien de plus facile que d'accomplir les formalités dans le délai de quatre jours imparti par la Loi. La solution consistant en une expertise demande, en général, des délais plus longs.

Les objections faites par le juge de paix de Lille à ce système si simple, ne résistent pas à l'examen. » Cette procédure, dit le jugement, n'est applicable qu'au cours du traitement, ou « lorsque l'existence du traumatisme et sa rela- « tion avec l'accident ont été reconnues...Tant « que cette reconnaissance n'a pas eu lieu, la victime n'est pas *légalement en traitement, quels ques soins que puisse nécessiter son état pathologique...* »

Où M. le juge de paix a-t-il vu dans le texte de la Loi de 1898-1905 quoi que ce soit qui légitime la distinction par lui faite, entre le *traitement effectif*, et le *traitement légal* ». Pourquoi ne pas se contenter de prendre les textes, de les lire et de les appliquer ? A quoi bon y ajouter des choses qui ne s'y trouvent pas ?

« *Au cours du traitement*, est-il dit au 5e § de l'art. 4, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime » et le 2e § du même article dit « la victime peut *toujours* faire choix elle-même de son médecin ». Et voilà tout ce que disent les textes.

Sans doute le droit aux indemnités est subordonné à la reconnaissance du traumatisme et de sa relation avec l'accident. Mais cela ne modifie en rien la situation juridique visée par la loi dans l'expression employée « au cours du traitement ». Quand le traitement commence-t-il ? Le bon sens dit : Quand le médecin est arrivé auprès du blessé ! S'il a fait choix de son médecin, aussitôt que celui-ci a examiné le malade, le traitement commence et *est en cours* ».

A partir de ce moment, le droit de contrôle du patron ne peut s'exercer que sous la forme prescrite par le 5e § de l'art. 4. Pourquoi faire une distinction, que la Loi n'a pas faite, entre le droit de contrôle au début du traitement et le même droit dans le cours du traitement ? C'est s'exposer de gaieté de cœur à tomber dans l'arbitraire.

La seule chose qui importe est d'assurer au patron l'exercice du droit de contrôle, aussi bien en ce qui concerne l'existence d'un traumatisme et sa relation avec l'accident, qu'en ce qui concerne l'état du blessé en cours de traitement. Or, les dispositions de l'art. 5 fournissent au patron le moyen d'exercer son droit. Pourquoi aller chercher autre chose et créer un *privilège de médecin certificateur* au profit du médecin patronal ?

Au surplus, ni l'Administration de la Manufacture des Tabacs de Lille, ni le juge de paix, n'avaient de raison d'hésiter en ce qui concerne l'application, en pareil cas, des dispositions du 5e § de l'art. 4, puisque dans une autre affaire similaire entre un autre ouvrier de la Manufacture et cette dernière, affaire qui a donné lieu à un jugement interlocutoire également en date du 23 mai 1906, le juge de paix constate que l'administration lui avait présenté « le 20 avril sa requête pour donner accès auprès du blessé H... et que l'autorisation d'accès octroyée, la Direction avisa plus de 48 heures à l'avance le blessé et son médecin du jour de l'heure où le médecin patronal se présenterait ».

En résumé, la décision du juge de paix de Lille aboutit à ce résultat de créer un privilège de médecin certificateur au profit du médecin patronal alors que les dispositions de la Loi permettent de respecter l'égalité des droits entre l'ouvrier et le patron, et elle méconnaît les dispositions légales assurant au patron l'exercice de son droit de contrôle dans des conditions qui sauvegardent à la fois ses intérêts et les droits de l'ouvrier sur sa personne et sur son domicile.

***

Dans la seconde affaire à laquelle je viens de faire allusion, la situation était la même : l'ouvrier avait fait choix de son médecin, celui-ci avait rédigé le certificat originel, l'administration avait refusé d'en faire usage, mais, pour exercer son droit de contrôle, elle avait rempli les formalités du 5e de l'art. 4. Seulement l'ouvrier prévenu du jour et de l'heure de la venue du médecin patronal, ainsi que son médecin, déclara au premier qu'en l'absence du second, il refusait de laisser défaire son pansement et d'ailleurs qu'il entendait donner accès auprès de lui non à son propre domicile, mais au siège du syndicat ouvrier. Le juge de paix, après avoir examiné les moyens et arguments invoqués de part et d'autre commet un expert. Celui-ci ayant dans son rapport déclaré qu'il lui était impossible de dire si H... a été réellement atteint d'une entorse du poignet droit, parce qu'il n'en portait aucun symptôme au moment où il été procédé à l'expertise, le juge de paix débouta l'ouvrier de son action en paiement du demi-salaire.

Il y aurait beaucoup à critiquer dans les raisonnements qui ont servi de motifs au jugement interlocutoire. Contentons-nous de relever ces surprenants « attendus » :

Sur le troisième point :

Attendu que, bien que la loi ne dise pas au choix de qui, du patron ou de l'ouvrier, est le médecin rédacteur du certificat dont elle impose sous sanction

pénale le dépôt au patron, *le simple bon sens suffirait pour décider que ce médecin est au choix absolu, exclusif, du patron*, que d'ailleurs cela ressort de la loi elle-même, puisque la faculté qu'elle donne à l'ouvrier *d'opposer une déclaration* et un certificat médical à la déclaration et au certificat médical déposés par le patron, serait sans utilité ni raison d'être, si le patron était tenu soit de faire visiter la victime par un médecin au choix de celle-ci, soit d'annexer à sa déclaration un certificat dressé par un médecin au choix de la victime.

Attendu en conséquence que la direction des tabacs a voulu *à bon droit faire dresser le certificat originel par son médecin attitré et qu'à bon droit aussi elle a refusé le certificat dressé par le médecin de Hé.*

Le raisonnement du juge de paix ne se tient debout qu'en biffant de la Loi le mode de contrôle organisé au profit du patron par le 5e § de l'art. 4. Ce qui en démontre la fausseté, c'est qu'il aboutit à ce résultat de permettre au patron, une fois le traitement commencé, de faire pénétrer le médecin chez l'ouvrier, sous peine pour celui-ci de perdre son demi-salaire en cas de refus, sans avoir à se conformer aux dispositions protectrices que la loi de 1905 a introduites dans l'art. 4.

Sur un autre point encore, le jugement nous paraît méconnaître les principes de respect de la personne humaine qui ont inspiré le législateur de 1905.

L'ouvrier avait refusé de se laisser examiner dans son domicile et hors la présence de son médecin malgré l'accomplissement des formalités prescrites par le 5e § de l'art. 4.

Le juge de paix reconnaît que l'ouvrier peut discuter les conditions dans lesquelles le médecin patronal prétend procéder à sa visite, et que de son côté le patron a le droit de discuter les questions de temps, de lieu, d'assistance proposée pour la visite par l'ouvrier. Nous admettons en effet que ces conditions peuvent donner lieu à discussion et qu'en cas de désaccord, c'est au juge de paix de prononcer. Mais la façon dont le juge de paix de Lille a apprécié la valeur des conditions posées par l'ouvrier à l'exercice du droit de visite du médecin patronal, nous paraît fort critiquable.

Examinons d'abord ce premier attendu :

« Attendu que la loi n'ayant point prescrit que le certificat originel soit contradictoire, la présence du médecin de l'ouvrier à la visite pour l'établissement du certificat ne peut être imposée; qu'en conséquence la direction des tabacs ou *son médecin a pu à bon droit décliner* la présence du médecin de Hé à la visite de celui-ci.

Je ne crois pas qu'il soit possible de méconnaître plus complètement l'esprit et la lettre de la loi de 1898-1905.

Le médecin patronal, à partir du moment où le blessé a fait choix de son médecin, n'a plus qu'une utilité. C'est, dit le 5e § de l'art. 4 « de renseigner le patron sur l'état de la victime » et pour ce faire la loi ne lui donne accès près du blessé qu' « *en présence du médecin traitant* ».

Donc, contrairement à ce qu'a jugé le juge de paix de Lille, la Loi considère comme nécessaire la présence du médecin traitant lors de la visite du médecin patronal. Pourquoi ? Parce que la loi ne veut donner au médecin patronal que le droit de regarder, de se renseigner *avec ses yeux*.

En effet, à aucun moment la loi n'a voulu imposer aux blessés l'obligation de se laisser palper, panser ou *dépanser* par un médecin qui n'a pas leur confiance, ni de permettre l'accès de leur domicile sans la garantie d'un visa du juge de paix sur la désignation faite par le patron.

S'il en était autrement, si un médecin quelconque, — lequel peut être un praticien distingué : mais qui peut aussi être un homme sale, ignorant ou maladroit — pouvait défaire les pansements faits par un autre médecin, ne serait-ce pas intervenir dans le traitement ? Le médecin nouveau venu peut-il savoir s'il n'y a pas danger ou inconvénient à enlever avant un délai plus ou moins long un appareil fraîchement posé, par un autre, dans des conditions qu'il ignore ? S'il procède maladroitement pour refaire le pansement ou replacer l'appareil et si une complication se produit par suite d'un manque de précautions antiseptiques, sur qui l'ouvrier pourra-t-il faire retomber la responsabilité de la faute commise?

Sans doute, si, malgré l'accomplissement des formalités du 5e § de l'art. 4, le médecin de l'ouvrier dûment convoqué n'assiste pas à la visite du médecin patronal, celui-ci qui aura obtenu régulièrement accès auprès du blessé, pourra néanmoins le visiter. Qu'est-ce à dire ? Pourra-t-il toucher à la plaie, défaire et refaire les pansements ou appareils ? Non. Il tâchera de se renseigner comme il pourra, il ne dira dans son rapport que ce qu'il a pu voir ou contrôler. Mais il ne s'exposera pas soit à aggraver l'état de la blessure, soit à intervenir en faisant ou en défaisant un pansement dans un traitement dont seul le médecin qui l'a entrepris doit avoir la responsabilité.

Aussi croyons-nous que le médecin patronal a la plus grand intérêt à ne procéder à sa visite qu'en présence de son confrère et c'est bien entendu l'intérêt du patron, son mandant.

La loi n'a pas pu prévoir dans le détail les façons de procéder suivant les diverses hypothèses qui peuvent se présenter, mais ces difficultés peuvent se résoudre avec un peu de bonne volonté et de bon sens. Et en cas de désaccord les juges de paix doivent pour les trancher s'inspirer de sentiments d'équité et de respect pour les droits de la personne humaine qui doivent après tout primer les questions de porte-monnaie.

En règle générale, le médecin patronal agira sagement en s'entendant avec son confrère pour les jours et heure de la visite, avant d'envoyer la lettre recommandée prévue par le 5e § de l'art. 4.

Si la convocation a lieu sans accord préalable, et si le médecin du blessé se trouve empêché aux jour et heure fixés, il fera bien d'aviser, par lettre recommandée le patron et son confrère de son intention d'assister à la visite, de l'empêchement qui se produit pour lui, en provoquant à choisir d'autres heures ou d'autres jour et heure aussi rapprochés que possible.

Si le médecin de l'ouvrier ne se rend pas à la convocation et ne donne pas avis de son empêchement, le médecin patronal pourra procéder à la visite dans les conditions que nous venons d'indiquer.

Dans le cas contraire, il aurait tort de ne pas remettre la visite de manière à permettre à son confrère d'y assister et à remplir par là même sa mission d'une façon plus utile pour son mandant. Et dans ce cas le juge de paix ne pourrait pas équitablement faire application du 6e § de l'art. 4 et suspendre le traitement de l'indemnité journalière pour refus de l'ouvrier de se laisser examiner autrement que de *visu*, en l'absence de son propre médecin.

En ce qui concerne la question de savoir si le blessé était tenu de donner accès près de lui en son propre domicile ou en dehors, le juge de paix statue en ces termes :

« Attendu quant à la prétention de Hé de passer la « *visite en un domicile tiers*, qu'il n'apporte à l'appui « *aucune* raison déterminante, que bien plus le choix « du lieu même (le siège du syndicat ouvrier) devait « apparaître comme pouvant et devant entraver le « médecin patronal dans la liberté de l'exercice de « sa mission ; que conséquemment le rejet par la « Direction de faire procéder à la visite en ce lieu « est justifié. »

Il est certain que si la loi oblige l'ouvrier a donner accès près de lui au médecin patronal par lequel ont été remplies les formalités prescrites par le 5e § de l'art. 4, elle ne prescrit point que ce sera à son propre domicile, d'autant plus que le blessé peut recevoir les soins que nécessite son état dans un autre lieu que chez lui.

Même lorsque le blessé est soigné dans sa demeure, rien ne l'empêche, dans le silence de la loi, de donner accès près de lui à un domicile autre que le sien.

Lorsqu'il voudra qu'il en soit ainsi, il sera bon qu'il prenne les devants et qu'il prévienne le patron, par lettre recommandée, du lieu qu'il propose, avant que l'avis prescrit par le 5e § de l'art. 4, lui ait été envoyé. Après la réception de cet avis, il faudrait des raisons sérieuses pour que le refus de recevoir la visite du médecin patronal parce qu'elle a lieu au domicile du blessé, pût être considéré comme justifié. Toutefois si la visite est remise d'un commun accord par suite de l'empêchement du médecin choisi par l'ouvrier, rien n'empêcherait de proposer que la visite ait lieu dans un domicile tiers. En cas de difficultés c'est affaire au juge de paix d'apprécier si la proposition de l'ouvrier est basée sur des motifs sérieux, ou n'est qu'un prétexte pour entraver ou contrecarrer l'exercice du droit de contrôle du patron. Ces motifs peuvent être par exemple l'éloignement du village où est domicilié le blessé du domicile de son médecin, ou de celui du patron ou même du médecin de celui-ci.

Nous ne voyons pas comment *à priori* le siège du syndicat ouvrier devrait ,comme le dit le juge de paix de Lille, « apparaître comme pouvant et devant entraver le médecin patronal dans la liberté de l'exercice de sa mission », Cette appréciation procède du préjugé existant encore dans certains esprits contre tout ce qui porte le nom de syndicat et se rattache à l'exercice par les ouvriers de ce droit nouveau qui est le droit de se syndiquer. Il semble que le siège du syndicat ouvrier puisse être considéré comme une forteresse où se retranchent des rebelles. L'ouvrier syndiqué apparaît alors comme un rebelle à l'autorité patronale considérée comme sacrée. On ne voit pas pourquoi l'ouvrier ne proposerait pas le siège de son syndicat, comme il peut proposer le local de telle ou telle clinique, ou même, s'il le désire, le siège d'une compagnie d'assurances ou encore le propre domicile de son patron, ou du médecin de ce dernier, ou de son propre médecin à lui ou d'un tiers quelconque. Le choix de l'endroit où aura lieu la visite peut être déterminé par des questions de distance, d'économie de temps ou de frais, etc. L'important est que le patron ait la possibilité d'user de son droit de contrôle sans entrave ni augmentation de frais pour lui, tout en sauvegardant les intérêts de l'ouvrier.

Pour la solution juridique et calme de ces questions, il faurdait s'élever au-dessus de toutes les considérations d'amour-propre déplacé et se pénétrer de l'égalité absolue des droits de ces deux parties liées entre elles par le contrat du travail, le patron et l'ouvrier.

Votre bien dévoué,

Georges Gatineau.

Avocat-conseil du « Sou médical »

REPORTAGE MÉDICAL

Mort du Prof. Budin.—Le professeur Budin membre de l'Académie demédecine, est mort hier soir, à Marseille d'une pneumonie qu'il avait contractée en allant dans cette ville faire une conférence pour la Ligue contre la mortalité infantile, dont il était le président. Il était âgé de soixante ans. Il avait succédé en 1898 à Tarnier comme professeur de clinique obstétricale à la Faculté.

Son œuvre, considérable, embrasse toutes les parties de la science des accouchements et de la médecine des nouveau-nés. Il termina, en collaboration avec Tarnier, le *Traité classique d'accouchements*, que celui ci avait commencé avec Chantreuil. Les plus importants de ses travaux sont réunis dans un volume : *Travaux d'obstétrique* paru en 1886. Il publia plus récemment un *Taité pratique des accouchements* en collaboration avec le docteur Demelin, et enfin un ouvrage considérable, le *Nourrisson*, dans lequel sont consignées ses recherches sur l'alimentation du nouveau-né.

La maison des médecins belges. — Le 3 octobre dernier a eu lieu, à Bruxelles, l'inauguration de la *maison des médecins*, située Grande-Place, dans l'une de ces anciennes et admirables maisons des corporations bruxelloises.

C'est aux efforts persévérants du Collège des médecins puissamment aidés par la Société médico-chirurgicale du Brabant, qu'est due la réusssite de cette entreprise qui a pu paraître hardie, mais dont le succès est actuellement assuré.

Les confrères présents à l'inauguration ont admiré l'heureuse disposition des locaux, qui comprennent entre autres : au rez-de-chaussée une taverne et aux étages des salles spacieuses, destinées aux réunions des sociétés savantes, ainsi que des cabinets pour examens microscopiques, salles d'attente pour malades présentés, etc.

Une pareille innovation — écrit notre confrère de Backer et nous nous associons à son vœu—serait bien utile à Paris et dans nos grandes villes. Il est vraiment regrettable, en effet, que lorsque toutes les corporations : les marchands, les ingénieurs, les libraires, ont leur cercle ou leur lieu de réunions, les médecins seuls, n'aient pas un endroit où se rencontrer pour discuter de leurs intérêts, tenir des réunions scientifiques, ou même tout simplement pour se voir.

(*Chronique médicale*).

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON

3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-neuvième année | N° 5 | 3 FÉVRIER 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

A la Chambre, la discussion de cette taxe arbitraire et fantaisiste avait été aussi sacrifiée qu'on peut l'imaginer, toute l'attention de nos honorables étant absorbée par le dépôt du dernier projet de séparation de l'*Eglise et de l'Etat*.

Il était à souhaiter qu'elle fût sérieuse au Sénat : elle l'a été.

L'attaque était menée par M. le sénateur Poirrier qui possédait bien la question et qui n'a été coupé que par des interruptions favorables à sa thèse.

La défense ne pouvait compter que sur le Ministre et sur le rapporteur.

Le ministre a fait... son devoir, sans succès.

Quant au rapporteur, il était bien à prévoir que, médecin, membre du groupe médical parlementaire depuis longtemps averti, M. le Dr Gauthier manquerait totalement de conviction.

C'est ce qui s'est produit, et à un point, dont on trouve rarement l'exemple dans les travaux parlementaires : qu'on en juge par l' *Officiel*.

M. LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur général.

M. LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL. Messieurs, lorsque la commission des finances a dû examiner l'article 24, elle s'est trouvée en présence de difficultés presque insurmontables. Le texte était mauvais, le tarif était exagéré, M. Poirrier l'a établi tout à l'heure ; je n'essaierai pas de refaire la même démonstration.

Votre commission des finances a étudié le texte et les tarifs avec la plus grande attention. A maintes reprises, chaque jour je puis dire, elle les mettait et remettait sur le métier sans arriver à les améliorer beaucoup. Enfin, après un dur labeur, elle est arrivée à élaborer le texte et les tarifs que vous connaissez.

M. Poirrier vous a dit tout à l'heure qu'ils étaient obscurs et confus ; il a peut-être raison et je crois bien que l'opinion de M. le ministre des finances, au sujet de notre taxation, est qu'elle est mauvaise, déplorable et inapplicable, et il n'a assurément pas tort.

M. LE MINISTRE. Mais non ! Je m'expliquerai tout à l'heure.

Je demande la parole.

M. LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL. Tel est, messieurs, l'enfant que nous apportons ; il n'est pas brillant et il n'est pas viable. (*Rires.*)

Le Sénat verra s'il veut lui donner vie ; la commission le lui demande, mais elle n'insiste pas autrement. (*Exclamations et rires sur un grand nombre de bancs*).

M. DOMINIQUE DELAHAYE. C'est un désaveu de paternité !

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le ministre des finances.

M. LE MINISTRE. Messieurs, j'admire une fois de plus combien, dans certaines régions de la France, on sait avec habileté soutenir certains articles de loi... (*Sourires.*)

M. LOURTIES. *Comme la corde soutient le pendu.*

M. LE MINISTRE. J'allais le dire.

M. LE RAPPORTEUR GENERAL. *J'ai dit la vérité, j'y étais obligé.*

La disjonction demandée par M. Poirrier, avec une signification bien précise dans le sens de l'enterrement, a été enlevée haut la main.

Peu importait que par aveuglement de paternité la commission de la Chambre vînt ensuite essayer de ressusciter l'enfant. Le Sénat avait trop bien vu que c'était un monstre, qu'il n'était pas viable.

La Chambre l'a dit à son tour par 500 voix. Le fœtus est mort, et pour longtemps, espérons-le au nom du bon sens. H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum de Marmorek

M. le Dr CH. MONOD a pris, de nouveau à l'Académie la défense du sérum de Marmorek : il a apporté le résumé des publications faites depuis lors sur ce sujet en France et à l'étranger. Ces travaux au nombre de 43 se groupent de la façon suivante : 5 publications concluent contre la méthode, 38 en sa faveur, faisant un total d'une part de 39 observations, et de l'autre de 590. Après l'analyse détaillée de ces travaux, M. Monod conclut:

1° L'application du sérum antituberculeux de Marmorek est d'une innocuité absolue. La technique actuellement établie après de longs et difficiles tâtonnements est très simple et facile ;

2° L'action du sérum se manifeste sur toutes les formes de la tuberculose : pulmonaire, articulaire, osseuse, ganglionnaire, etc.;

3° Cette action, d'après les recherches précises de Lewin, porte, dans la tuberculose pulmonaire, sur tous les symptômes morbides aussi bien fonctionnels que physiques : dyspnée, fièvre, signes stéthoscopiques, état général, expectoration, etc. et, d'après Hoffa et van Huellen, sur la douleur, la suppuration, les fistules et les lésions anatomo-pathologiques, dans les tuberculoses chirurgicales ;

4° Dans un grand nombre de cas traités à temps, l'action du sérum a été tellement complète que tous les symptômes de l'affection ont disparu et que certains praticiens n'ont pas hésité à prononcer le mot de *guérison*.

Ces cas de guérison sont fréquents dans les formes chirurgicales de la bacillose.

Dans la tuberculose pulmonaire, les auteurs réfèrent dire : *améliorations considérables*, sachant qu'il faut attendre bien longtemps pour pouvoir affirmer la guérison définitive.

M. Monod termine en proclamant que les résultats obtenus sont encourageants, et que l'expérience doit être poursuivie.

La viande crue en thérapeutique.

MM. les Drs HIRTZ et BEAUFUMÉ ont donné, dans la *Gazette des hôpitaux*, d'intéressants détails sur la cure de viande crue que l'on a si fréquemment l'habitude de prescrire de nos jours.

Trois espèces de viande, disent ces auteurs, se partagent la faveur des médecins : bœuf, mouton, cheval, la viande de porc étant rejetée par tous, car elle est trop serrée et trop susceptible de recéler et de transmettre divers parasites (trichine, cysticerque de la ladrerie). Mais laquelle prescrire ? Quel morceau ? Comment le préparer? Comment le faire ingérer ?

Une distinction s'impose dès l'abord selon qu'il s'agit de traiter une agglomération d'individus ou un malade isolément. Dans le premier cas (hôpitaux, sanatoria), les viandes de cheval et de bœuf sont les seules possibles, en raison de la grande quantité nécessaire, et encore presque partout où les ressources locales ou les voies rapides de communication le permettent, celle du cheval est-elle préférée vu l'infériorité notable de son prix. La façon de la préparer n'est pas davantage à discuter ; les hachoirs mécaniques sont la seule manière d'en réduire assez finement une grande masse pour la faire absorber.

Dans la clientèle privée, la question est toute différente, et chaque espèce de viande donne lieu à des considérations particulières.

La viande de mouton paraît rallier la faveur de la majorité des médecins, par crainte du ténia. Trois morceaux seulement sont possibles : la selle, les côtes premières, le gigot, et encore peut-on éliminer la selle, qui se détaille en «côtes en gigot», car elle est trop grasse et donne des déchets considérables. Les côtes premières fournissent cette partie maigre, dite noix de côtelette, seule utilisable ici. Une noix de cotelette première fournit de 30 à 45 grammes de pulpe, et son prix varie de 50 à 75 centimes. Le gigot, sauf dans les grandes boucheries parisiennes, ne se vend pas au détail, à moins d'un kilo ; donc, d'une façon courante, un malade ordinaire ne peut acheter 1 kilo de gigot, pour subvenir à sa ration alimentaire journalière. La pulpe, même fraîchement préparée, en est d'une couleur rouge terne, moins vermeille et moins appétissante que celle de bœuf.

Bref, la difficulté de se procurer la quantité de viande du mouton nécessaire chaque jour, et aussi l'élévation de son prix en restreignent forcément l'usage ; c'est une viande de riches. Elle doit être rejetée de la pratique médicale habituelle, contrairement aux idées courantes.

Deux exceptions, cependant, sont à faire ; tout d'abord, elle trouvera son emploi chez certains individus qui ont une véritable phobie du ténia et, de plus, chez les jeunes enfants, il y aura quelquefois avantage aussi à y recourir, par peur aussi du ténia, qui peut provoquer chez eux divers troubles et eu égard à la quantité relativement minime de viande crue à leur faire absorber.

La viande de cheval jouit actuellement, à Paris, d'une bonne renommée. Consommée dans les hôpitaux de la capitale, elle a bénéficié de cette circonstance aux yeux de la classe ouvrière, qui

considère ses qualités nutritives comme supérieures à celles de la viande de bœuf. Les morceaux à recommander sont les parties bien maigres, représentées par la tranche, la semelle et la culotte. La pulpe en est d'une couleur rouge-foncé devenant assez rapidement brunâtre, et donnant alors l'impression désagréable d'une viande qui n'est pas fraîche. Mangée crue, la viande de cheval offre une saveur différente de celle de la viande de bœuf. se rapprochant de celle de la viande de chevreuil, avec un léger goût fade, douceâtre. Cette saveur est un peu désagréable au début, même en ajoutant du sel, mais les malades s'y habituent assez rapidement. En somme, la viande de cheval a pour elle le fait de mettre à l'abri de toute infection et la modicité de son prix ; en raison de cette dernière qualité elle est donc, par excellence, la viande de suralimentation de l'ouvrier des villes. Mais malheuresement, en réalité, un fait diminue certainement sa valeur alimentaire : c'est que beaucoup de chevaux livrés à la consommation sont des animaux mal nourris, surmenés et très âgés.

La viande de bœuf forme, dans les habitudes françaises, la base de l'alimentation carnée de l'immense majorité des individus. Offrant de nombreuses parties maigres, donnant une pulpe d'une belle couleur rouge vermeil et d'une saveur agréable, se trouvant partout et à un prix moyen, elle réunit pratiquement des conditions que ne présentent pas celle du mouton et celle du cheval. D'ailleurs, les malades n'ont pas pour elle au premier abord, cette répugnance instinctive et parfois invincible qu'ont beaucoup d'individus pour la viande de cheval. On se gardera de prescrire les morceaux de choix, comme le filet et le faux filet, qui, si ce sont les meilleurs après la cuisson, sont trop tendres et se déchirent quand on les râpe.

MM. Hirtz et Beaufumé recommandent la *tranche*. Partie interne de la cuisse, correspondant à la région ischio-tibiale, elle offre les avantages suivants : ne pas présenter d'interstices graisseux entre les faisceaux musculaires, être d'un prix inférieurs au rumsteak, être facile à râper, donner une très belle pulpe Quand à la peur du ténia par ingestion de viande de bœuf, cette peur semble manifestement exagéré en égard au nombre considérable de malades qui sont traités par la viande crue et qui n'ont qu'exceptionnellement présenté le ténia. D'ailleurs, d'une part, le ténia se gagne surtout en réalité par la viande de veau, et, d'autre part, ses larves sont logées de préférence dans les amas graisseux inter-musculaires : les muscles de la cuisse qui constituent la tranche, morceau maigre par excellence, ne doivent recéler des larves que très rarement. Du reste, il est d'ordinaire fort aisé de se débarrasser d'un ténia. Pour toutes ces raisons, la viande de bœuf est celle qui doit être prescrite d'une façon courante dans la pratique médicale journalière.

Le mode de préparation de la viande crue mérite d'être connue dans tous ces détails. Trop souvent, on voit des malades mal renseignée ou pas du tout, se faire *hâcher* leurs morceaux de viande par le boucher, soit au moyen d'un hachoir mécanique, soit plutôt au moyen de couperets : cette dernière préparation est encore plus défectueuse que la première, car la viande est moins finement réduite. Mais dans l'un et l'autre cas, toute la trame fibreuse : aponévroses, tendons, fibres élastiques et conjonctives, reste mélangée à la partie musculaire. la seule absorbable ; on ingère ainsi des matériaux inutilisables qui surchargent le travail de l'estomac et de l'intestin, d'autant plus que la viande n'est pas suffisamment divisée. Aussi M. Grancher a-t-il indiqué de substituer à la viande hachée, *la pulpe* de viande qui représente seulement des parties assimilables de la chair musculaire. Il a conseillé de l'obtenir par trois manipulations successives : le râclage, le pilon, le tamisage. C'est là un mode de préparation qui ne peut être employé couramment, car il demande un temps trop long, et le tamisage, très difficile, fait perdre beaucoup de raclure de viande dans les mailles du tamis. Aussi, en pratique, faut-il s'en tenir *au râpage*, il persiste bien de la sorte quelques filaments dans la pulpe, mais sans importance.

Pour râper un morceau de viande, il faut d'abord le couper en tranches de 5 à 6 millimètres d'épaisseur environ. Puis, sur un billot de bois ou sur le fond d'un plat retourné, tandis que la main gauche maintient du bout des doigts une extrémité du morceau de viande, la main droite armée d'un couteau à lame émoussée, râcle d'arrière en avant la surface de la tranche par coups successifs et assez légers jusqu'à ce qu'elle soit chargée de pulpe. Cette pulpe déposée sur le bord d une assiette placée à côté de l'opérateur, celui-ci recommence la manœuvre jusqu'à ce qu'il obtienne facilement de la pulpe. A ce moment il retourne le morceau de viande et agit de ce côté comme précédemment ; quand la pulpe n'est plus obtenue que difficilement, il retourne encore la tranche du premier côté, râpe de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ne reste plus que la trame fibreuse. Il est à noter que le râpage est difficile, si les faisceaux musculaires sont coupées perpendiculairement à leur direction et trop facile parfois si les faisceaux musculaires sont coupés suivant le sens de leur longueur, car on obtient dans ce dernier cas de la pulpe mélangée d'assez nombreux filaments ; le mieux est de demander au boncher de couper le morceau de viande à râper obliquement par rapport aux faisceaux musculaires : le râpage en est alors facile et la pulpe belle et fine. Un morceau de tranche de bœuf de 250 à 270 grammes donne en viron 200 grammes de pulpe, Celle-ci peut-être préparée avant le déjeuner pour toute la journée, il est toujours préférable et indispensable en été de préparer la quantité de pulpe nécessaire immédiatement avant chaque repas, car elle s'altère rapidement. La viande à râper doit être de provenance fraîche, et les instruments et les mains qui la préparent seront très propres. Il faut enfin savoir qu'au début une personne non habituée à râper de la viande comme nous venons de l'indiquer met assez longtemps pour obtenir la quantité de pulpe voulue ; au bout de quelques semaines de cet exercice, il faut environ un quart d'heure à une personne habile pour râper 100 grammes de pulpe.

Le *mode d'ingestion de la viande crue râpée* a son importance, car c'est ici que le malade entre en scène. Or, on sait que beaucoup d'individus ont un dégoût particulier dès qu'on leur parle de manger de la viande crue. Aussi s'est-on ingénié à masquer sa saveur ou son aspect par de nombreux artifices de préparation. On a conseillé notamment de l'avaler sans la mâcher

sous forme de boulettes grosses comme une amande ou en nature, ou salées, ou roulées dans du sucre en poudre ; ou bien de la prendre en tartine simple entre deux tranches de pain ; ou bien mélangée à de la confiture ; ou arrosée avec un peu d'eau-de-vie, de rhum ; ou incorporée à une purée de pommes de terre ou de lentilles ; ou encore délayée dans un potage au tapioca.

Chez les malades que la vue seule de la viande crue impressionne d'une manière désagréable, MM. Hirtz et Beaufumé sont arrivés à faire ingérer des boulettes assez volumineuses en les roulant dans du pain à chanter, ou même dans du papier à cigarettes. Ils préfèrent la faire absorber dans du bon bouillon qui ne soit pas trop gras. La viande râpée, 100 grammes par exemple, est d'abord mise dans un bol qui contient environ cinq cuillerées de bouillon tiède; avec une cuiller on la triture et on la mélange à cette petite quantité de bouillon jusqu'à ce qu'elle forme une sorte de bouilie épaisse et homogène; puis, au fur à mesure qu'on verse dessus du bouillon tiède, on délaye la pulpe rapidement dans ce bouillon et le malade l'absorbe aussitôt. Le bouillon ne doit surtout pas être chaud, car il cuirait la viande, et sa quantité doit être suffisante pour obtenir une sorte de potage ni trop épais, ni liquide. On fait prendre d'ordinaire, à titre de supplément, la viande râpée commencement du déjeuner et du dîner à la dose de 100 grammes à chaque repas. A cette dose, elle ne fatigue pas l'estomac, et nous trouvons dans le bouillon auquel elle est mélangée, un excitant de l'appétit et des fonctions digestives.

La quantité de viande crue ne peut pas toujours être, au début du traitement, aussi abondante qu'on le désirerait chez beaucoup de sujets, en raison de leur appréhension. Il est utile alors de commencer par petites doses qu'on augmente progressivement. Un bon moyen d'accoutumer certains malades à absorber de la viande crue est de la leur faire ingérer au début dans du bouillon assez chaud qui lui fait perdre sa coloration rouge, mais très rapidement ; le bouillon employé doit être moins chaud et seulement tiède. Enfin, il paraît utile de supprimer momentanément à intervalles plus ou moins éloignés l'usage de la viande crue, notamment quand la suralimentation doit se prolonger pendant des années ; mais ceci dépend, dans chaque cas, de l'état du malade et du médecin.

La radiothérapie dans les épithéliomas de la peau

M. le Dr Leredde signale, dans la *Revue pratique des maladies cutanées*, quelques observations tendant à prouver l'inutilité et même la nocivité de la radiothérapie dans certaines formes d'épithéliomas de la peau.

Ainsi, dit M. Leredde, la radiothérapie est contre-indiqué dans la maladie de Paget du mamelon : 1° parce qu'il n'y a pas jusqu'ici de cas de guérison définitive: 2° parce que dans des cas comme ceux du Dr. Hartzell où la guérison de surface paraît complète après un traitement considérable, l'invasion cancéreuse du sein se fait cependant à un moment donné. Ceci étant dû sans doute à l'impossibilité de guérir les lésions profondes du mamelon: 3e parce que dans une affection où les ganglions axillaires peuvent être atteints de bonne heure, l'emploi d'une méthode d'efficacité incertaine est dangereuse.

Tout au plus pourrait-on faire de la radiothérapie dans un cas de maladie de Paget tout à fait à son début, reconnue histologiquement, pour les raisons que signale le Dr. Hartzell dans la discussion qui suivit sa communication.

La structure des lésions de la maladie de Paget, les formations kératiques qu'on y rencontre, auraient permis d'admettre *a priori* la contre indication des rayons Rœntgen.

J'ai établi, dans un travail antérieur, que les formations cornées sont peu perméables aux rayons X. Depuis, Darier a déclaré que les épithéliomes *tubulés cornés* (spinocellulaires) sont rebelles à la radiothérapie, il en est ainsi certainement pour ceux des lèvres, de la langue, peut être pour un certain nombre d'épithéliomes cutanés, sinon la totalité de ceux qui ont cette structure.

On n'a pas insisté suffisamment, dans la discussion de la Société de Dermatologie, sur les difficultés qu'opposent à la radiothérapie les épithéliomes perlés, hyperkératosiques de la peau. A ce point que j'ai pris pour règle maintenant de ne les soumettre à la radiothérapie qu'après curettage pour les uns, exfoliation de la surface pour les autres.

Tous ces faits sont connexes, et on peut écrire en somme que tout épithéliome où la substance cornée est abondante ou bien tend à se développer en abondance est dans une certaine mesure réfractaire à la radiothérapie. Ce qui rend l'examen histologique utile dans certains cas.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le professeur A. Robin.

Traitement de la pneumonie.

Lorque, entrés dans la pratique, vous vous trouverez en présence de votre premier cas de pneumonie, vous serez fort embarrassés si, pour vous guider, vous avez seulement vos souvenirs des hôpitaux et les indications de vos livres.

A l'heure actuelle, la pneumonie est connue dans tous ses détails pathologiques; aucun point de son étiologie, en particulier, n'est ignoré. Par contre, il n'existe pas de traitement proprement dit de cette affection, dont la thérapeutique officielle consiste en ce qu'on a nommé l' « expectation armée », simple aveu d'impuissance, mot qui satisfait la science et la conscience de celui qui enseigne, mais néglige entièrement toute intervention contre la maladie elle-même pour planer sur ses alentours. Cette expectation armée est cependant devenue la règle, les praticiens ayant été désabusés par le nombre considérable de traitements préconisés et inefficaces.

Jetons un coup d'œil rapide sur ces traitements. Le jour où l'on a découvert le microbe de la pneumonie, l'on s'est dit: « nous sommes en possession d'un élément permettant de faire une thérapeutique étiologique. Il y a un microbe, nous allons le tuer dans le poumon ». Et alors sont nées les injections de sublimé, de naphtol camphré dans le parenchyme pulmonaire, les inhalations bactéricides d'iodure d'éthyle. Un médecin, s'appuyant sur cette constatation que la puissance du pneumocoque est entravée à 41°, proposa de maintenir les pneumoniques dans un milieu à 41°. Ces procédés eurent une faveur éphémère.

La sérothérapie devait intervenir et l'on essaya le sérum d'animaux immunisés, le sérum d'individus ayant eu la pneumonie : mais, comment se procurer un tel sérum ?

Signalons aussi les anciennes méthodes. L'une d'entre elles, appelée la *sainte trinité*, comprenait la saignée, le vésicatoire et le tartre stibié. Elle a sombré devant ses résultats déplorables. La digitale, considérée comme spécifique, ne mérite pas non plus qu'on s'y arrête. De même les bains froids, excellents, cependant, dans certains cas de pneumonie, dans la pneumonie adynamique des vieillards.

Enumérons, enfin, quelques-uns des innombrables médicaments qui ont été conseillés, la vératrine, l'acétate de plomb, l'acétate de cuivre, l'ergot de seigle, la pilocarpine associée à l'iodure, le calomel, l'acide salicylique, l'acide phénique, l'acide cyanhydrique, le gaïacol et d'autres encore.

De tout ce bilan, il ne reste rien et nous arrivons à l'expectation armée. Voici en quoi elle consiste: y a-t-il grande fièvre? on la modère sans s'inquiéter si elle n'est pas un élément utile ; y a-t-il point de côté violent? on met des ventouses scarifiées, qui calment moins bien que l'injection faible de morphine. Le patient tousse-t-il et expectore-t-il difficilement? on donne l'oxyde blanc d'antimoine, le kermès, et l'on va même quelquefois jusqu'au tartre stibié. Si le cœur fléchit, on prescrit, suivant les indications, la digitale ou la caféine. S'il existe de l'agitation, de l'ataxo-adynamie, on a recours au bromure. Dans les formes hyperpyrétiques, on va jusqu'aux bains et aux enveloppements humides. On maintient la diurèse. Quant au vésicatoire, s'il est encore quelques praticiens qui persistent à le recommander, il est officiellement condamné et banni.

Voilà le tableau de la thérapeutique actuelle de la pneumonie. En présence d'une telle pénurie, on peut se demander si, vraiment, il n'y a pas mieux à faire. Eh bien ! le fil d'Ariane apte à nous conduire à une meilleure médication, je pense qu'on peut le trouver dans les échanges organiques. Sur ce point, il est trois faits certains, habituels, qui nous serviront de bases.

Vous vous rappelez un malade couché salle Louis, au n° 4 ou 5. Il avait une pneumonie; au 6e jour, sa température atteignit 40°5, avec un pouls à 140 et 54 respirations à la minute. Sa langue était noire, rôtie. Jugé par les symptômes, l'état paraissait grave ; on était enclin à conclure à une mort prochaine. Arrivé au lit de ce malade, je pris un verrre d'urine et je fis couler le long de ses parois un peu d'acide nitrique. Il se forma, dans le fond du verre, un précipité de lamelles blanches (de nitrate d'urée) qui se collecta en un culot brillant. Au-dessus du culot en question, vous avez vu une zône claire, et, au-dessus, un diaphragme transversal, une sorte d'hostie, composée d'urée. Ceci traduisait une décharge d'urée et d'acide urique : effectivement, l'analyse révéla 58 gr. d'urée et 1 gr. 8 d'acide urique. M'appuyant sur cette particularité, je n'hésitai pas à dire : « Le malade n'est pas aussi gravement atteint qu'il le paraît : à moins de complication imprévue, il va entrer en convalescence ».

Voilà un premier fait. Aux approches de la défervescence, on voit généralement chez les individus, qui vont guérir de leur pneumonie, une décharge d'urée et d'acide urique dans l'urine.

Deuxième fait. On désigne sous le nom de coefficient azoturique — et je l'ai nommé plus exactement coefficient d'utilisation azotée — le rapport de l'azote éliminé en urée à l'azote total de l'urine. Normalement, ce rapport est de 80 à 85 p. 100 ; cela veut dire que, sur 100 gr. d'azote total de l'urine, il y a 80 à 85 d'azote uréique. Dans les pneumonies qui se terminent par la mort, le coefficient d'utilisation azotée est abaissé et descend au-dessous de 77 pour 100. Chez les penumoniques qui guérissent, il va, au contraire, de 77 à 88 p. 100 et au-delà. Voici, par exemple, un cas type de pneumonie arrivé au 5e jour. Alors que les 5e, 6e, 7e (défervescence) et 8e jours, la température descend de 40°6 à 39°6, 38°, 37°, le coefficient s'élève de 80 à 91; 93,8 ; 93,6. Lorsqu'un pneumonique va guérir, on note habituellement chez lui, la veille et quelquefois l'avant-veille de la défervescence, une augmentation du coefficient d'utilisation azotée.

Ainsi, la défervescence de la pneumonie a ordinairement deux phénomènes avant-coureurs : une décharge d'urée ou d'acide urique et une élévation du coefficient d'utilisation azotée. On doit considérer ces phénomènes comme les témoins ou les expressions du processus qui amène la guérison.

Troisième fait. L'urée a été considérée longtemps comme un produit d'oxydation organique. Si nous adoptions ces idées anciennes sur la formation de l'urée dans l'organisme, l'augmentation de l'urée au moment de la défervescence de la pneumonie devrait dépendre d'une exagération des phénomènes d'oxydation et correspondrait, par conséquent, à une consommation exagérée d'oxygène. Or. il n'en est rien, au contraire. On trouve non une augmentation, mais une diminution de l'oxygène consommé. Dans le cas type dont je viens de parler, la ventilation pulmonaire a baissé de 15 %, l'acide carbonique produit de 27 %, l'oxygène consommé de 26,5 % et l'oxygène absorbé par les tissus de 25,5 %.

L'augmentation de l'urée chez les pneumoniques, au moment de la défervescence, coïncide donc avec une diminution des échanges respiratoires, ce qui indique, au moins, que l'oxygène n'y prend aucune part. Cette constatation confirme l'opinion du professeur Gautier sur l'origine de l'urée, opinion que j'ai combattue pendant 20 ans et devant laquelle je fais, aujourd'hui, amende honorable. L'urée se fait par des actes de réduction et non par des actes directement oxydants. Ces actes reconnaissent eux-mêmes pour agents essentiels des ferments spéciaux, des diastases, contenus dans les globules blancs.

En résumé, chez le pneumonique qui va faire sa défervescence, on trouve une décharge d'urée ou d'acide urique, une augmentation du coeffi-

cient d'utilisation azotée et une diminution des échanges respiratoires. Tout cela indique une exagération des actes réducteurs (plus exactement actes d'hydratation oxydo-réductrice), et par conséquent, une leucolyse abondante, les leucocytes étant les vecteurs des diastases réductrices.

Nous savons dès lors comment l'organisme se défend. Une question se présente immédiatement : pouvons-nous aider ce mécanisme de défense ? J'ouvre, d'abord, à ce propos, une parenthèse. Nous tous, professeurs et praticiens, qui enseignons et appliquons la thérapeutique, nous vivons sous l'influence d'un homme de génie, Galien, dont le défaut fut d'être trop systématique. Galien, que je pourrais appeler le père des savants, a déclaré que la thérapeutique était l'art de dompter les maladies. Par cela, il rompait avec la tradition séculaire instituée par un autre homme, moins instruit mais plus praticien, que je nommerais volontiers le père des praticiens, Hippocrate. Hippocrate ne cherchait pas à dompter la maladie, à lui opposer des remèdes jugulateurs, mais à aider le patient à guérir.

Eh bien, ne possédant pas de moyens de juguler la pneumonie, c'est à la thérapeutique hippocratique que nous devons avoir recours. Ces agents capables d'aider la défense de l'organisme, nous les trouvons dans les *ferments métalliques*. Les ferments métalliques sont des dissolutions aqueuses de petites quantités de métaux. Il semble étrange que l'on puisse faire fondre, dans l'eau, de l'or, du palladium, du platine, de l'argent. Pour préparer ces ferments, on fait passer un faible courant électrique dans une barre de métal : entre les deux électrodes, on voit apparaître une poussière noire qui se répand dans l'eau. Ce n'est pas une vraie dissolution, mais une suspension de particules extrêmement fines, animées de mouvements browniens, indices de leur activité.

Nous ne savons pas encore préparer d'une manière parfaite ces ferments. Ils perdent leur activité assez vite. Leur action présente beaucoup de similitude avec le processus de guérison naturelle de la pneumonie, dont je parlais tout à l'heure. Administrés aux malades, ils augmentent l'urée et les actes réducteurs, et ils diminuent les échanges respiratoires. On conçoit, dès lors, l'utilité de leur emploi dans le traitement de la pneumonie : ils déterminent précisément le complexus observé chez les malades qui vont guérir. J'ajoute que l'usage de ces ferments est sans danger.

Si l'on injecte des ferments métalliques à un pneumonique, on voit la température s'élever d'abord et commencer à s'abaisser vers la 8e heure. Si l'on examine la température non plus d'heure en heure, mais sur une courbe, on reconnaît que chaque injection est suivie, le lendemain, d'un abaissement de température. En outre, la défervescence est plus rapide, hâtée. Tandis que, dans les conditions ordinaires, la défervescence a lieu habituellement le 8e jour, chez nos malades, soignés par les ferments métalliques, elle s'est produite avant le 8e jour dans 63 % des cas et avant le 7e jour dans 36 % des cas.

La tension artérielle — qui joue un rôle si important dans la maladie — est toujours accrue par le traitement.

La réaction urinaire, la décharge d'urée, d'acide urique, d'indican s'observe dans l'une ou l'autre de ses modalités.

Quand un pneumonique a de l'albumine, celle-ci s'exagère dans les 4 ou 5 premières heures qui suivent l'injection de ferments métalliques, puis diminue et disparaît le lendemain. Parfois, l'albumine se montre chez des sujets qui n'en avaient pas ; elle dure, en ce cas, à peine une journée.

Nous avons soigné, avec cette méthode, 53 cas de pneumonie et nous avons eu 47 guérisons, 6 morts, soit 11,3 % de mortalité. Tous nos malades étaient des malades d'hôpital, la plupart alcooliques ; un bon nombre (26) étaient des cas graves.

J'ai fait le relevé des pneumonies soignées dans les autres services hospitaliers pendant ces six dernières années et j'ai trouvé une mortalité allant de 24 % (minimum) à 32 % (maximum).

Notre moyenne est donc inférieure de plus de moitié à la statistique des autres hôpitaux.

Les ferments métalliques agissent sur l'organisme et non sur la lésion : ce sont des stimulants de la *vis medicatrix*, à laquelle ils se superposent.

Je vais essayer maintenant de vous formuler un traitement type de la pneumonie.

Appelé auprès d'un pneumonique, si le patient est robuste et vigoureux, le pouls plein, la figure vultueuse, faites une saignée au bras de 300 à 400 gr. Ne vous attardez pas à l'expédient des ventouses scarifiées. Si, malgré cela, il persiste une dyspnée et un point de côté accusés, pratiquez une injection de 1/2 à 1 centigr. de morphine.

Alimentez le malade avec du lait, du bouillon, et donnez une potion de Todd, contenant 40, 50, 60 gr. de rhum. Ennemi de l'alcool en hygiène, j'en reste partisan à titre de médicament : dans la thérapeutique de la pneumonie, en particulier, je m'en trouve bien. Ordonnez, de plus, un cachet de 0 gr. 30 de bichlorhydrate de quinine, matin et soir. Potion de Todd et quinine seront continués les jours suivants.

Au 2e jour, prescrivez le calomel, 0 gr. 40 en 4 doses de 10 centigr. chacune à prendre à une heure d'intervalle. Donnez-le non comme antiseptique (j'ai montré autrefois combien l'action prétendue antiseptique du calomel dans l'organisme est illusoire), mais comme dérivation intestinale : il procure 2, 3, 4 selles verdâtres.

Au 4e jour, injectez les ferments métalliques, de palladium, de platine, d'or, d'argent, de manganèse. Le palladium et le platine m'ont semblé plus sédatifs. On fait l'injection aussi près que possible de la partie atteinte, à la dose de 10 cent. cubes, et on la répète toutes les 48 heures. Dans les cas graves, on peut recourir à l'injection intraveineuse (5 cent. cubes).

Le lendemain de l'injection, associer au cachet de quinine 0 gr. 30 de pyramidon.

Le 5e jour, on applique le vésicatoire. Celui-ci a été accusé de tous les méfaits. C'est là une accusation théorique : j'emploie le vésicatoire depuis plus de 30 ans, sans jamais avoir eu d'accident. Il faut savoir, il est vrai, l'appliquer convenablement, et, sous cette condition, je m'en sers même chez les pneumoniques albuminuriques. Commandez un grand vésicatoire, de 10 cent. sur 10 cent. On doit l'employer grand ou pas du tout. Mettez dessus une couche de camphre. Il ne suffit pas de poudrer légèrement de camphre ; le mieux est d'arroser l'emplâtre d'éther camphré qui aban-

donne, après évaporation de l'éther, une couche de camphre. Ne laissez pas le vésicatoire plus de 6 à 7 heures, 5 heures sur les peaux délicates. Vous le soulevez alors : la peau est rouge, n'en cherchez pas plus. Enlevez avec un tampon imbibé de glycérine ou d'huile les particules de vésicatoire adhérentes au tégument, mettez un cataplasme de farine de lin : l'ampoule se forme (c'est à ce moment que se ferait l'absorption de la cantharide, il convient d'enlever le vésicatoire avant), ouvrez et pansez. Vous n'aurez, de cette façon, du vésicatoire, que les avantages. Il agit par son action sur la ventilation pulmonaire et ses effets révulsifs. Inutile au début, il est avantageux au moment où la défervescence va se faire. Grâce à lui, le poumon reste hépatisé moins longtemps.

Tel est, en résumé, le traitement fondamental de la pneumonie. Evidemment, autour de ce traitement, doivent venir se grouper toutes les médications nécessitées par les complications ou les questions de terrain. Il y a là quantité de faits individuels que je ne peux pas envisager aujourd'hui.

J'ajoute, pour terminer, que la pneumonie n'est pas la seule maladie où les ferments métalliques déterminent des effets semblables, tel que l'abaissement thermique. Il en est encore ainsi dans le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, les méningites non tuberculeuses, etc. J'aurai l'occasion d'y revenir.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX (1).

VÉNÉRÉOLOGIE

Recherches sur la valeur curative du gonosan dans le traitement de la blennorrhagie aiguë et chronique.

Il est aujourd'hui reconnu par la plupart des médecins que la meilleure médication de la blennorrhagie repose tout à la fois sur les balsamiques et les lavages urétraux.

Le temps est passé de cet exclusivisme thérapeutique qui consistait dans la seule prescription des injections ou des médicaments internes. Les injections, en effet, pratiquées par des mains inexpertes, et c'est habituellement le cas, peuvent amener des complications infectieuses et des lésions traumatiques. Quant aux balsamiques, ils produisent des troubles digestifs et rénaux, des éruptions cutanées, parfois même de véritables phénomènes toxiques.

Et cependant, quand on envisage la question dans un sens tout à fait pratique, ne remarque-t-on pas qu'il existe parmi les blennorrhagiens deux catégories de malades : les uns pouvant suivre rigoureusement toutes les prescriptions médicales, les autres, empêchés de s'y soumettre, parce qu'ils sont absorbés par un labeur quotidien.

Aux premiers, le traitement scientifique par les lavages et les balsamiques ; à la foule des seconds, le traitement interne seul ou renforcé par quelques injections.

Dès lors, l'importance des balsamiques ne saurait être discutée, et malgré leurs défauts, elle reste intacte aux yeux du praticien. C'est pourquoi il importe de faire parmi eux une sélection et de rechercher s'il ne s'en trouve pas un dont l'expérimentation nous fournira la preuve qu'il possède, avec la plus puissante action curative, le minimum d'inconvénients.

A l'heure actuelle, ce remède existe, et ce serait le Gonosan.

Introduit dans la thérapeutique par le docteur Boss, de Strasbourg (1), le Gonosan est constitué chimiquement par l'association du Santal et du Kawakawa. Et pourquoi cette association ? Parce qu'il est démontré que le Santal exerce sur les sécrétions purulentes de l'urètre, une très heureuse influence, et que le Kawa, racine du Piper Methysticum, arbuste croissant dans les îles du Pacifique, possède un pouvoir analgésique et antiérectile de premier ordre. Ainsi les deux remèdes se complètent l'un l'autre au point de vue physiologique, et le Gonosan s'annonce avec des propriétés analgésiques anticatarrhales et antiérectiles.

Mais nous entendons l'objection : Pourquoi utilisez-vous encore le Santal dont vous connaissez les imperfections. Il ne manquera pas de communiquer au Gonosan ses effets déplorables sur le rein, l'estomac et la peau. — Cette remarque, parfaitement juste pour le Santal ordinaire, ne saurait atteindre le Gonosan. On n'utilise, en effet, pour sa préparation que *l'essence pure du santal indien* peu ou pas toxique, tandis que les santals du commerce sont presque tous de qualité douteuse et d'une impureté chimique prononcée. De même pour le Kawa : ce sont deux résines A. et B. représentant elles seules toute l'énergie de la plante, qui sont employées dans le Gonosan après avoir été isolées à l'état de pureté absolue.

Ainsi constitué, le Kawa-Santal prend la forme d'une substance huileuse, jaune verdâtre, fortement aromatique, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. Il contient 80 % d'une essence très pure de Santal indien et 20 % de la résine extraite du Kawa. Il est ordonné sous la forme de capsules dosées à 0,30 et l'on doit en prescrire 6 à 10 capsules par 24 heures, toujours à la fin des repas.

Pour les auteurs, le mécanisme de son action thérapeutique serait le suivant : l'urine chargée d'acide kawarésinique mettrait cet acide au contact de la muqueuse urétrale pendant les mictions, et il en résulterait aussitôt de l'anesthésie, de l'ischémie et une action anticatarrhale. C'est pourquoi il est nécessaire que l'urine soit le plus riche possible en acide kawarésinique, et Boss recommande de diminuer au minimum la quantité des boissons absorbées par le malade, au moment des prises du Gonosan.

Mais puisqu'il est vrai que la préparation de ce remède a été inspirée par le souci d'éviter au malade les dangers habituels des balsamiques, a-t-il du moins une réelle valeur clinique, et quel est alors le degré de sa puissance curative ?

Considérable est le nombre des auteurs qui ont étudié le Gonosan et qui nous ont donné le résultat de leurs observations. Tous sans exception affirment son action analgésique puissante

(1) Cette leçon résume, dans ses parties pratiques et essentielles une communication faite par le professeur Robin à l'Académie de médecine, le 4 décembre 1906.

(1) *Deutsche medizinal-Zeit* n° 98, 1902 et *Allgemeine Wiener med. Zeitung* 1903 n° 32.

sur les mictions et les érections douloureuses, si bien que Lewin (1) a pu le comparer à la cocaïne elle-même. Tous lui reconnaissent des propriétés anticatarrhales efficaces et vantent sa toxicité à peu près nulle. C'est ce qui résulte des études personnelles de Friedlander (2) Reissner (3) Spitzer (4) Lohnstein (5) Schmidt (6) Kornfeld (7) Schilcher, d'Augsbourg (8), Saafeld de Berlin (9), Meyer et Maramaldi de Naples (10), Steiner, de Bucarest (11), Hottinger, de Zurich (12) et des constatations si intéressantes de Boss, de Strasbourg (13).

C'est aussi la conclusion des travaux français de Lavaux (14), Lambert (15) et de la communication du docteur Renault (16), médecin de l'hôpital Cochin (annexe) à la Société de thérapeutique de Paris.

D'autres auteurs ont poussé plus loin leurs recherches. Lewin et Roger (17) insistent sur la valeur diurétique du Gonosan, tandis que Boss (18), Varges (19), Toff de Baila (20) et Saafled (21) vantent ses effets bactéricides.

Mais vraiment n'y a-t-il rien à reprendre dans ce concert d'éloges, dans cette uniformité de vues qui n'est que l'expression même de la concordance des résultats? Le Gonosan serait-il donc l'antiblennorhagique idéal? C'est ce que nous allons examiner par nos observations personnelles.

Nous diviserons cette étude clinique en deux parties distinctes. D'une part il s'agira d'un certain nombre de malades atteints d'urétrite aiguë ou chronique, partielle ou tolale, et de cystite aiguë traitée par la méthode mixte, celle des lavages associée au Gonosan. D'autre part, nous examinerons l'action de ce remède employé seul, chez des blennorrhagiens qui ne pouvaient se soumettre à la régularité des lavages, et que nous savions incapables de procéder eux-mêmes à des injections méthodiques. Nous n'avons pas toujours attendu pour administrer le Gonosan le moment indiqué par les classiques, c'est-à-dire la *maturité* de l'infection, car les symptômes douloureux exigeaient souvent dès le début une intervention énergique.

Obs. I.— Comptable ...., atteint d'urétrite gonococcique depuis 5 jours. Douleurs très vives à la miction, érections nocturnes douloureuses. Urine du premier verre extrêmement trouble, abondant écoulement jaunâtre.

Lavages antérieurs matin et soir avec la canule de Janet et une solution de permanganate à 1 p. 4000.

(1) *Die Pipermethisticum*, Berlin 1886.
(2) *Deutsche aerzte Zeitung*, 15 juin 1903.
(3) *Deutsche medizin-Zeit* n° 58, 1903.
(4) *Alg. wiener. med. Zeit.* N° 28, 1903.
(5) *Algem. cent. Zeit.* N° 33, 1903.
(6) *Les nouveaux médicaments*, Bruxelles, n° 21, 1903.
(7) *Thérap. der Gegenvart.* n° 8, 1904.
(8) *Deutsche Praxis* n° 23, 1904.
(9) *Terapeutische Monashefte* décemb. 1903.
(10) *Gazetta internat. die med.* 24, 1903.
(11) *Deutsche Praxis* n° 15, 1905.
(12) *Deutsche medicinal Zeit*, n° 100, 1904.
(13) *Correspond. Blatt* n° 5, 1905.
(14) *Loc. Cit.*
(15) *Leçon faite à l'École pratique le 3 décembre* 1904.
(16) *Les nouveaux remèdes*, 1905.
(17) *Séance* du 27 juin 1906.
(18) *Medical news.* 1886.
(19) *Die medizinische Klinik.* n° 45, 1905.
(20) *Repertorium der prakt: Medizin* n° 5, 1905.
(21) *Loc. cit.*

En même temps 6 capsules de Gonosan. Dès le second jour, atténuation des souffrances et des érections, le remède est très bien supporté. Nous prescrivons 8 capsules. Au 5e jour, sédation très marquée des douleurs à la miction, absence complète d'érections. Ecoulement très diminué et plus fluide.

Au bout de 15 jours, écoulement à peu près nul, lavages préventifs de l'urètre postérieur. A la fin de la 3e semaine, le malade était considéré comme guéri.

Obs. II.—Blennorrhagie aiguë, datant d'une dizaine de jours. Le malade a pris du Santal, qui a déterminé de pénibles douleurs lombaires, l'urine est trouble dans les deux verres et il existe quelques filaments en virgules; les mictions sont très douloureuses et les érections pénibles.

Lavages antérieurs et postérieurs au permanganate à 1 p. 4000 et 8 capsules de Gonosan. Au bout de trois jours, plus de douleurs et plus d'érections. L'urine est plus limpide. Au bout de 2 semaines, l'écoulement est tari, une goutte matinale existe seule, le malade accuse quelques tiraillements aux lombes, mais sans douleurs véritables.

Nous continuons le Gonosan à raison de 6 capsules et faisons des instillations tous les deux jours avec une solution de Protargol à 3 %. Ces instillations *sont à peine douloureuses.* Dix jours après, l'infection était guérie.

Obs. III. — Blennorrhagie totale et cystite aiguë. L'affection datait de 12 jours. Le malade avait fait lui-même des injections brutales qui avaient poussé le gonocoque dans l'urètre postérieur. En plus des douleurs à la miction il existe des érections à peine douloureuses, mais parfois suivies d'éjaculations sanguinolentes. L'urine est purulente dans les 3 verres, le besoin d'uriner très fréquent, impérieux, douloureux, avec un peu d'hématurie.

Lavages de tout l'urètre au permanganate à 1 p.4000 et 8 capsules de Gonosan. Le remède est bien supporté.

En 4 jours, les douleurs ont beaucoup diminué les éjaculations sanglantes et les hématuries ont cessé. Les érections persistent. Au 6e jour, douleurs et érections ont totalement disparu, l'écoulement est fluide, la cystite est à ce moment guérie. Une semaine plus tard, les urines étaient à peine troubles et renfermaient peu de filaments, Instillations de protargol, massage de la prostate et dilatation au Béniqué.

Nous donnons 6 capsules de Gonosan; 12 jours plus tard, l'affection était guérie, la prostate seule restait un peu grosse.

Obs. IV. — Blennorrhagie aiguë antérieure.

Les lavages et 8 capsules de Gonosan ont totalement effacé la douleur en 7 jours, diminué l'écoulement et en trois semaines amené une guérison apparente sans complications.

Nous avons essayé encore le Kawasantal dans 4 cas de blennorrhagie chronique; le fait le plus saillant de son action nous a paru représenté par l'arrêt des écoulements et la diminution relative des filaments urétraux. Mais il est indispensable de joindre à ce remède les effets mécaniques obtenus par la dilatation des béniqués ou du dilatateur de Kollmann, en les faisant suivre de massages prostatiques et d'instillations. Nous sommes en effet convaincus que si le Gonosan est capable à cette période de détruire le gonocoque affaibli, et de tarir les écoulements, il ne saurait effacer les rétrécissements urétraux et les lésions glandulaires profondes. Aucun agent médicamenteux n'est capable de procurer ces résultats et il reste indispensable d'avoir recours aux manœuvres directes. Il n'en est pas moins vrai que, dans l'urétrite chronique, les propriétés anticatarrhales du Gonosan sont d'un réel secours et que de plus ce remède est un aide précieux pour l'intervention opératoire parce qu'il anesthésie la muqueuse dans toute son étendue.

Les observations qui suivent vont préciser encore davantage l'action curative du Kawa-santal, car chez les malades dont il s'agit, nous l'avons employé seul sans nous aider des lavages ou des injections. Nous pensons, en effet, qu'il n'y a pas lieu ici de prêter attention aux effets thérapeutiques aléatoires des quelques injections pratiquées au petit bonheur par le malade lui-même, et d'une façon très irrégulière.

Obs. V.— Ouvrier serrurier .... Ce malade prétend avoir eu déjà 2 blennorrhagies, mais il est probable que la seconde n'était qu'une récidive de la première. Actuellement le méat est rouge, légèrement tuméfié, et il existe un écoulement jaunâtre très abondant. Les mictions sont peu douloureuses, mais la nuit, des érections pénibles réveillent le malade. Urine trouble dans les deux verres et nombreux filaments en virgules et grumeleux. Nous prescrivons 8 capsules de Gonosan par jour et des injections au permanganate. Dès le 4e jour les érections douloureuses ont complétement disparu. L'écoulement a diminué, il est plus fluide. Le malade a cessé les injections (il en avait fait 2). Au bout d'une semaine, les sécrétions urétrales étaient insignifiantes. Il existait moins de filaments dans l'urine, mais le malade, ordinairement constipé, se plaignit que le remède lui occasionnait des coliques et de la diarrhée. Nous avons appris alors que ce malade était atteint depuis longtemps d'entérite chronique. Le Gonosan a été ramené à 4 capsules par jour.

Obs. VI.— Ouvrier peintre ..... Urétrite aiguë. Première atteinte. Douleurs vives à la miction, peu d'érections. Urine trouble dans le premier verre. Gonosan, ·· et 8 capsules. Guérison complète, du moins en apparence, au bout de 15 jours.

Obs. VII.— Reprise aiguë d'une blennorrhagie chronique. Goutte militaire habituelle depuis 8 mois. Mictions peu douloureuses, érections nocturnes pénibles. Ecoulement abondant, épais ; urine trouble dans les 3 verres et nombreux filaments dans les deux derniers. Lobe gauche de la prostate douloureux et augmenté de volume; 8 capsules de Gonosan.
Les érections sont encore douloureuses au 4e jour du traitement. Le malade est un névropathe, et nous avons dû recourir au bromure et au camphre pour le calmer. Les érections ont alors disparu. Au 6e jour du traitement par le Gonosan, diminution nette de l'écoulement devenu plus fluide. A la fin de la 3ème semaine la sécrétion pathologique avait disparu, il persistait encore des filaments dans l'urine et le malade avait de la prostatorrhée. Des dilatations et les massages prostatiques s'imposaient donc avec quelques instillations.

Obs. VIII.— Cystite aiguë.... à frigore, chez une femme de 62 ans. Mictions nombreuses et impérieuses. Ténesme vésical et dysurie, douleurs dans l'hypogastre avec irradiations lombaires; 6 capsules de Gonosan. guérison complète en 5 jours, l'urine est redevenue claire.

Nous pourrions citer encore trois autres cas de blennorrhagie aiguë et deux cas d'urétrite chronique ancienne traités par le Gonosan seul. Les souffrances ont rapidement disparu et les secrétions se sont taries ensuite. Dans aucun cas, nous n'avons vu de troubles secondaires et la durée totale du traitement n'a pas excédé 3 à 4 semaines.

Il nous a été donné d'observer aussi 3 cas d'uréthrite aiguë gonococcique chez des femmes de la clientèle irrégulière. L'une avait de l'urétrite et une légère cystite, les deux autres n'avaient pas de cystite mais présentaient de la vulvo-vaginite aiguë. Nous ordonnons dans ce cas les injections vaginales, et nous procédons au lavage urétral avec le permanganate, tout en utilisant aussi l'écouvillonnage de l'urètre à l'eau oxygénée dédoublée. Chez ces 3 femmes, il était évident que le traitement interne pouvait seul être accepté, parce qu'elles n'avaient pas le temps de se soumettre au traitement externe; 6 et 8 capsules de Gonosan ont amené chez elle la sédation des mictions douloureuses et clarifié l'urine en 8 à 10 jours ; 6 capsules absorbées ensuite pendant 2 semaines ont entièrement débarrassé l'urètre de tout écoulement, mais ce ne sont là, pensons-nous, que des guérisons relatives et momentanées.

De cet ensemble de faits cliniques résulte plusieurs constatations importantes. C'est d'abord la rapidité particulière de l'action curative du Gonosan et son innocuité presque absolus. C'est ensuite la constance , l'énergie de son pouvoir anticatarrhal et même antiérectile, sa rapidité d'action particulière. En effet, si l'on envisage la durée de nos traitements, on observe qu'elle peut se diviser en deux phases : la première, celle du Kawa-Santal, est caractérisée par l'abolition des douleurs, des érections et de l'écoulement. La seconde, que nous appellerons *la phase du perfectionnement curatif*, représente le moment indiqué pour les interventions opératoires. Or, quelle est la durée de cette première période. 15 à 20 jours en moyenne, et encore faut-il faire remarquer que les douleurs disparaissent au bout de 3 à 6 jours environ et que l'écoulement véritable perd son abondance en une semaine. L'influence analgésique et anticatarrhale du Gonosan se manifeste donc d'une façon plus rapide que celle des autres balsamiques.

Quant à son innocuité locale et générale, elle est presque absolue. Si nous exceptons, en effet le seul cas de diarrhée que nous avons observé chez un malade déjà entéritique, et quelques tiraillements lombaires peu douloureux accusés par un autre, on remarquera que nulle part nous n'avons signalé les souffrances lombaires, les symptômes cutanés et les troubles digestifs si communs avec les balsamiques. Mais, cependant, pour éviter une action défavorable possible sur l'estomac des sujets plus ou moins dyspeptiques, nous ne saurions trop recommander de prescrire les capsules toujours à la fin des principaux repas.

Cette absence de troubles secondaires a d'ailleurs frappé tous les observateurs, et Boss, de Strasbourg, comme Renault de Paris, affirment : » Son innocuité pour l'estomac, l'intestin, les reins et la peau ».

Est-il diurétique ? Nous ne pouvons nous prononcer à cet égard. Et d'ailleurs, que nous importe, puisque les infusions diurétiques et le régime du lait sont indiqués dans la blennorrhagie et donnent par eux-mêmes des résultats suffisants.

Evite-t-il les complications infectieuses ascendantes? Beaucoup d'auteurs l'admettent : Boss, Reisnner, Kornfeld, Fieser (1), en particulier. Cependant la question est difficile à résoudre. Sans doute, nous n'avons pas observé au cours de cette médication d'épididymite, d'arthropathie, et les cytistes aigues signalées existaient déjà au début de nos prescriptions. Mais cependant, en dépit de leur action astringente et anticatarrhale, les balsamiques ne sauraient, à notre avis, éviter l'extension en surface des in-

(1) *Thérap. Ratgeber. Vienne*, n° 24 1903.

fections urétrales sérieuses : et c'est pourquoi il est indispensable de renforcer leur action par l'influence antiseptique des grands lavages.

Mais il est certain que le Gonosan exerce sur les mictions et les érections douloureuses une influence sédative de premier ordre et que ne présente à ce degré aucun autre balsamique. Sur nos 14 cas d'urétrite aiguë, une seule fois cette action a été prise en défaut. Sans que nous puissions en démêler la cause (peut-être l'état névropathique du sujet), les érections restèrent douloureuses, malgré le Gonosan. Ce fait n'a que la valeur d'une exception, car toujours les symptômes douloureux, quelle que fût leur intensité, ne mettaient pas plus de 3 à 6 jours pour disparaître entièrement. Et l'on ne peut pas dire que cette action sédative soit due aux lavages antiseptiques, car nous savons que n'importe quel lavage exclusivement employé ne saurait déterminer en si peu de temps l'indolence des mictions. D'ailleurs, les observations que nous possédons où le Gonosan seul fut prescrit, sont la démonstration certaine de sa puissance anesthésiante particulière.

Mais, à notre avis, cette puissance anesthésiante ne saurait être purement locale et nous trouvons la preuve de cette opinion personnelle dans ce fait, que non seulement le Gonosan enlève aux érections leur caractère douloureux, mais qu'il empêche encore leur reproduction. Pour entraîner ce résultat, ne faut-il pas alors que le Kawa-Santal impressionne sédativement les centres médullaires eux-mêmes et en particulier celui de la 5e lombaire. De plus, il n'y a pas dans cette action antiérectile qu'un phénomène nerveux à considérer, mais aussi un phénomène vaso-constricteur, et nous voilà revenu à admettre encore une influence centrale.

Ainsi donc, attribuer l'action analgésique et ischémiante du Gonosan au seul passage de l'urine chargée des résines sédatives du Kawa, c'est bien en effet expliquer scientifiquement son action locale, mais n'est-ce pas aussi un peu trop restreindre la question.

Et qui ne voit d'ailleurs, que, si le Gonosan avait seulement une action locale, cette action serait transitoire et ne persisterait pas longtemps après le passage de l'urine? Comment expliquer alors que, dans le sommeil, le malade qui n'a pas uriné depuis 3 ou 4 heures, ne soit plus réveillé par des érections douloureuses nouvelles? C'est là, évidemment, la preuve que le Kawa-santal, en dehors de ses effets locaux, possède une action sédative et vaso-constrictive sur le système uro-génital par l'intermédiaire des centres nerveux.

La clinique nous force à reconnaître encore au Gonosan de réelles propriétés anticatarrhales sur les sécrétions purulentes de la vessie et de l'urètre. Après l'ingestion répétée pendant 3 ou 4 jours de 6 à 8 capsules par 24 heures, l'écoulement urétral se fluidifie et perd son abondance. Au bout de 10 à 12 jours environ, il persiste seulement une goutte matinale, et une semaine plus tard, nous constatons d'habitude la sécheresse de toute la muqueuse, l'urine devenue limpide porte moins de filaments. De même, le catarrhe vésical cède en 4 à 5 jours de traitement. S'il existe des hématuries et des éjaculations sanglantes, elles disparaissent dès le début de la médication, ce qui prouve bien l'énergie astringente et vaso-constrictive du Gonosan.

Mais alors se pose la question de savoir si les sécrétions purulentes une fois taries, le gonocoque ne persiste pas, enfoui dans les profondeurs glandulaires, si, comme le dit le docteur Le Fur (1) : « le loup n'est pas encore dans la bergerie ». La réponse à cette question n'est pas fort embarrassante, car si nous admettons avec certains auteurs que le Gonosan est capable de tuer le gonocoque arrivé par son affaiblissement progressif et l'action des lavages à une virulence très atténuée, s'il est capable, en d'autres termes, d'achever sa mort, nous ne croyons pas qu'il puisse détruire ce microbe en pleine virulence. Aucun balsamique, d'ailleurs, ne saurait prétendre sérieusement à ce résultat. Et c'est pourquoi nous continuons à préconiser les lavages antiseptiques unis au Gonosan. Ils affaibliront le gonocoque, ils le mèneront à ce stade ultime où le Kawasantal le fera disparaître et nous obtiendrons ainsi plus aisément la guérison.

Et cependant, dans tous les cas d'urétrite postérieure, il y aura intérêt encore, pour effacer les traces inflammatoires et déloger les gonocoques échappés à l'action des lavages, de recourir aux dilatations, aux instillations, aux massages prostatiques. C'est ce que nous appelions tout à l'heure la phase clinique du perfectionnement curatif.

Les Béniqué, **en** effet, aplaniront dans leur passage les replis, les anfractuosités, les rétrécissements de la muqueuse, derniers vestiges inflammatoires et derniers repaires infectieux.

Ces procédés opératoires deviendront une nécessité absolue dans tous les cas de chronicité ; c'est qu'il existe alors des lésions profondes sur la muqueuse urétrale et généralement aussi sur la prostate. Le Gonosan dans ce cas enlèvera bien toute souffrance, il éloignera bien toute purulence, il diminuera le nombre des filaments. A ce point de vue, son action ne se démentira pas, mais vraiment pouvons-nous prétendre qu'il soit capable d'effacer les rétrécissements invétérés, les ulcérations profondes, les indurations qui donnent à l'urètre un aspect raboteux. Est-il capable de guérir les lésions prostatiques? Evidemment non. Il faut donc avoir recours au traitement exposé d'une façon si magistrale par le docteur Le Fur, dans son article du nouveau traité de Brouardel et Gilbert ; il faut nécessairement pour aboutir à une *restitutio ad integrum*, sans laquelle une blennorrhagie ne saurait scientifiquement être *guérie*, faire intervenir les hautes dilatations, les instillations, le massage prostatique. Ne demandons pas à un remède plus qu'il ne peut donner : reconnaissons au Gonosan des propriétés analgésiques et anti-érectiles très nettes, supérieures en tous cas à celles des autres balsamiques ; reconnaissons-lui une action anticatarrhale rapide, une influence destructive sur le gonocoque arrivé à la période ultime de sa vitalité descendante, reconnaissons aussi qu'il est sans effets nuisibles sur l'estomac, les reins, l'intestin et l'état général, et nous conviendrons déjà qu'il occupe, par ses qualités de premier ordre, une place prépondérante dans la thérapeutique urinaire.

(1) Maladies des voies urinaires inférieures. Article du nouveau *Traité de médecine et de Thérapeutique* de Brouardel et Gilbert. Paris, 1906. Baillière, éditeur.

Son énergie médicamenteuse est telle que beaucoup d'auteurs, malgré leur confiance dans les injections et les lavages, ont affirmé que le Gonosan était à lui seul, capable de guérir la blennorrhagie.

C'est ainsi que le docteur Renault, qui a expérimenté le Kawasantal dans son service de l'hôpital Cochin annexe a pu écrire : » Si je m'en rapporte à mes observations, deux fois sur 10, le Gonosan seul semble avoir produit une guérison définitive ».

Quant à nous qui l'utilisons à la dose de 8 capsules par 24 heures, et à la fin des repas, nous le préconisons nettement aux lieu et place du Copahu, du Cubebe et même du Santal. Et puisque, d'autre part, nous savons aujourd'hui que l'emploi prolongé et abusif des balsamiques seuls, peut constituer un danger en favorisant l'apparition de *l'urétrite chronique interstitielle diffuse* de Le Fur (1), nous pensons qu'il ne peut en être ainsi du Gonosan, parce que son action étant plus rapide à se produire, son usage ne saurait être assez prolongé pour favoriser l'apparition de ses lésions.

D[r] M. Nigoul,
Médecin en chef
du dispensaire de la Préfecture
de la Seine.

(1) Le Fur. — Des urétrites chroniques interstitielles. *Assoc. franc. d'Urologie*, 7e session, Paris, 1903.

GYNÉCOLOGIE D'URGENCE

Le curage digital.

A la séance de la Société d'obstétrique de Paris du 19 janvier 1906, M. le Professeur Demelin ouvrait une discussion au sujet du *Curage digital*, qu'il trouvait moins dangereux et moins aveugle que le curettage instrumental.

Sans avoir la prétention de porter mon avis formel ni pour l'un ni pour l'autre procédé, je considère que le *curage digital* est plus simple, plus correct et moins dangereux que le procédé de curettage avec une curette.

L'opérateur est maitre de son doigt et celui-ci est maître de son œuvre.

Je me rappelle encore de cette phrase spirituelle d'un de mes célèbres professeurs, quand au cours d'une opération, il nous disait que « ma vue est au bout de mes doigts ». A mon tour, je prétends que l'intelligence d'un opérateur est au bout de son *index*, surtout l'index droit, puisque nous sommes généralement droitiers.

Un opérateur peut très facilement explorer et trouver le but qu'il cherche à l'aide de son index dans tous les coins complexes et obscurs de la cavité abdominale où sa vue ne pourrait pas pénétrer.

Qu'il me soit donc permis d'admettre que le doigt agit bien plus intelligemment, plus prudemment et avec beaucoup plus de sûreté qu'une curette — doigt artificiel pour ainsi dire — quand il faut explorer, gratter et extraire de la cavité utérine en état de puerpéralité.

Du moment que l'index peut accomplir avec sûreté cette besogne périlleuse, pourquoi s'adresser à la curette ?

A l'appui de ces argumentations et à l'exemple des cas exposés par M. le professeur Demelin à la tribune de la Société d'obstétrique de Paris, je citerai en résumé les deux observations personnelles suivantes : (1)

1re observation. — Je suis appelé huit jours après son accouchement auprès d'une jeune femme en pleine effervescence de puerpéralité ; l'accouchement avait été fait par une sage-femme ; je constate tous les symptômes alarmants d'une infection par fermeture du col et par rétention de débris placentaires. Cette femme présentait de grands frissons répétés, douleurs, hypéresthésie et météorisme abdominal très accusés. le pouls était à 120° et la température dépassait 40°.

Je fais immédiatement un examen *digital* du col et de la cavité utérine avant de procéder au curettage ; une demi-heure environ après cet examen, je reprends la température de la malade. la fièvre était tombée, à ma grande surprise, à 38° environ.

Rien que l'introduction de mon doigt dans la cavité utérine a suffi pour faire tomber la fièvre de 2 degrés, et cela presque immédiatement.

Encouragé par ce résultat inattendu et surprenant, je me proposais de faire le lendemain un *Curage digital* complet. lorsque les mêmes symptômes redevinrent plus inquiétants et plus urgents.

En face d'un danger de mort immédiat ou presque de la malheureuse femme, j'ai résolu de faire le curettage classique avec l'assistance de deux confrères car je n'ai pas osé assumer la responsabilité d'un *curage digital* dont on ne parlait pas encore à cette époque.

Cette femme vit aujourd'hui en parfaite santé.

2e observation. — C'est une femme de 45 ans environ. Elle est traitée depuis plusieurs années pour une endométrite chronique. Elle avait consulté successivement différends médecins, ceux-ci avaient, chacun à sa manière, cautérisé le col utérin, soit avec les caustiques chimiques, soit avec le thermocautère. La malade n'avait pas cessé d'éprouver la pesanteur dans le bas-ventre, des malaises et des douleurs aiguës dans les membres inférieurs et supérieurs.

Un soir elle est prise subitement de douleurs aiguës généralisées, angoissantes. la température s'approche de 40°. le pouls est petit, rapide. La malade accuse des frissons répétés.

En me souvenant du résultat surprenant du *curage digital* que j'avais obtenu chez une première malade, cette fois-ci je me décide résolument à pratiquer le curage digital complet suivi d'une injection et d'un pansement à la gaze iodoformée de la cavité utérine.

Le lendemain, la température tombe presque à la normale (2). Tous les symptômes critiques de la veille s'amendent et la malade guérit après quelques pansements.

Il y a donc une place importante à réserver au procédé de *curage digital*.

D[r] S. Hovnarian
(de Milly, S.-et-O.)

Ci-dessous copie des deux lettres que m'adressa

(1) Ces deux observations, datent l'une de 1904, l'autre de 1905, par conséquent avant la communication de M. le professeur Demelin.

(2) Chez cette malade aussi la fièvre est tombée presque de 2 degrés après une première tentative d'introduction du doigt dans la cavité utérine.

M. le Professeur Demelin au sujet de ces observations :

Paris, le 30 mai 1906.

Mon cher Confrère,

Je vous remercie des deux observations que vous avez bien voulu m'adresser.

Elles sont intéressantes, toutes deux, et prouvent, une fois de plus, que curage et curettage ont leurs indications, et que les malades ont le plus grand avantage à rencontrer un médecin éclectique.

Recevez, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Demelin.

Paris, le 15 juin 1906.

Mon cher Confrère,

J'ai le plaisir de vous annoncer que vos observations seront communiquées à la Société d'obstétrique de Paris, dans sa prochaine séance. Elles sont dès maintenant entre les mains des membres du bureau et l'un d'eux fera la présentation.

Recevez, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Demelin.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Ionisation et électrolyse,

Par le Dr Paul Philippe,

Ancien interne des hôpitaux, médecin électricien de l'établissement thermal d'Evian.

Dans notre article précédent (20 janvier) nous avons résumé la théorie de l'électrolyse médicamenteuse et démontré la théorie de la pénétration des ions dans l'organisme sous l'influence du courant galvanique.

L'ion, ainsi compris, est une véritable entité physique, donnant aux substances qui le contiennent leurs propriétés ; autrement dit, toute susbtance chimique, médicamenteuse, n'a d'autres propriétés que celles de ses ions.

Il importe donc de connaître exactement l'ion actif et de ne l'utiliser que dégagé des diverses combinaisons qui en neutralisent l'action.

Quelques exemples feront comprendre l'action différente des ions suivant leur groupement.

Prenons deux solutions, l'une de KCl, l'autre de $KClO^3$: dans les deux solutions Cl existe. On sait que Cl a la propriété de précipiter les sels d'argent. Cete réaction n'a lieu qu'avec la solution KCl ; dans $KOClO^3$, l'ion Cl fait partie d'un groupement ionique complexe ClO^3 et Cl a perdu ses propriétés.

Dans le ferrocyanure de potassium, K^4 $FeCy^6$ l'ion Fe perd ses réactions propres, car il appartient au groupe $FeCy^6$, ion complexe.

De même pour Ph, qui, libre dans les phosphures, est toxique, toxicité n'existant pas dans les phosphates où Ph fait partie de PhO^4. Ainsi encore des sulfures et des sulfates, des cacodylates, des arsynates ou l'ion arsenic fait partie d'un anion et perd ses propriétés (Leduc).

Il y aura lieu pour l'application de connaître la charge électrique de l'ion pour le choix du pôle à employer ; en général. tous les métaux, radicaux métalliques, les alcaloïdes sont introduits pôle +, tous les radicaux acides par le pôle —

Comme nous l'avons dit déjà, la pénétration du médicament se fait au niveau des orifices glandulaires dans les culs-de-sac très riches en vaisseaux à revêtement endothélial mince, car en cet endroit la résistance au courant est moins grande. Mais ce phénomène de pénétration est accompagné d'un phénomène en sens inverse dans l'organisme : il y a échange. Les substances électrolytiques du corps humain dont la principale est le chlorure de sodium du sérum sont ionisées et orientées par le courant Na se rend à l'électrode négative, Cl à l'électrode positive. Dans toute la région interpolaire, il y a échange d'ions, de cellules à cellules, dans l'intimité des tissus et certains auteurs ont atribué à ces échanges l'amaigrissement consécutif au traitement par le courant galvanique.

Pour fixer dans l'esprit l'idée de ces échanges, jetons les yeux sur les schémas suivants ;

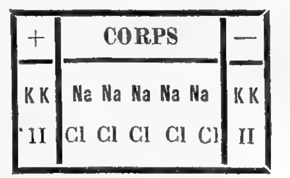


Fig. 1.

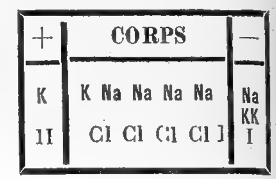


Fig. 2.

Les électrodes placées de chaque côté du corps sont imbibées d'une solution d'iodure de potassium (Fig. 1 avant le passage du courant ; Fig. 2 après le passage du courant). On voit que l'ion K a pénétré, ainsi que l'ion I : les ions Cl et Na sont sortis du corps ; échange d'ions, les ions des électrodes se subsistent aux ions interpolaires.

Mode d'application.

Il faudra nettoyer la peau, désobstruer les orifices glandulaires.

L'électrode active, contenant l'ion actif, sera constituée par une plaque étain ou aluminium, recouverte d'un tissu feutré, très spongieux et épais, ou de plusieurs épaisseurs de coton hydrophile ; la confection de ce capitonnage est très importante, car il faut répartir bien également l'ouate pour que, sous la pression de la bande qui doit enserrer l'électrode, il n'y ait pas de points où la densité électrique soit trop forte, car en ces endroits on pourrait provoquer la formation d'escarres. Cette électrode active sera reliée au pôle de signe contraire à celui de l'ion qu'on veut faire pénétrer. Veut-on faire pénétrer l'ion salicyl du salicylate de soude, on imbibera de la solution l'électrode négative : l'anion salicyl remontera le courant. Est-ce le lithium ? On mettra le chlorure de lithium à l'électrode positive, le cathion lithium devant descendre le courant.

L'électrode indifférente, bien garnie aussi, sera imbibée d'eau pure ou salée et placée, autant que possible, dans une région opposée ; à l'épaule, au genou, les électrodes seront placées de chaque côté de l'articulation.

Lorsque ce sont les extrémités des membres qu'on veut traiter, on peut se servir de manuluves ou pédiluves dans lesquels plonge une électrode insoluble en charbon recouverte d'un isolateur, plaque de celluloïde perforée.

Certains auteurs ont conseillé pour bien localiser l'action ionique de comprimer les membres au-dessus et au-dessous du point d'application; cette mesure nous paraît inutile en raison de la faible et lente diffusion de la substance introduite dans les tissus.

Inutile d'ajouter que l'eau distillée doit seule être utilisée.

Le titre des solutions importe peu ; généralement on emploie des solutions très étendues, 2 % environ.

Ce qui importe le plus, c'est l'intensité du courant et la durée de l'application.

Théoriquement, on peut obtenir le poids de substance charriée en multipliant la quantité d'électricité par l'équivalent électro-chimique de la substance employée. Exemple : nous faisons passer un courant de 0,020 milliampères durant 1000 secondes ; nous avons $I \times T$, $0{,}020 \times 1000 = 20$ coulombs, l'équivalent électrochimique du lithium étant 0,07268, nous aurons en le multipliant par 20 = 1 milligr. 45.

Calcul trop théorique, comme le fait remarquer Zimmern ; il faut tenir compte non seulement de l'ion actif, mais aussi des phénomènes électrolytiques sous l'électrode indifférente et des vitesses différentes de l'introduction respective des anions et des cathions.

Il faudra tenir compte de la tolérance de la peau, de sa sensibilité ; la moindre solution de continuité sera isolée par le collodion ou un morceau de gutta laminée.

On augmentera progressiveemnt l'intensité et on pourra faire supporter 20 à 80 m.A durant 3/4 d'heure. Souvent le malade ressent des crampes douloureuses après ces séances ; il faudra dans ces cas, pour les éviter, ramener très lentement à 0° la manette du rhéostat et faire un léger massage des *muscles* endoloris.

Le nombre des séances ne peut être déterminé d'avance ; généralement, nous faisons des applications doublées, deux jours consécutifs, un jour de repos. Il arrive assez souvent que des crises plus douloureuses, dans les névralgies, surviennent quelques jours après le début du traitement, crises que le malade a tendance à mettre sur le compte des applications fortes qu'on lui a faites ; il faut persister tout en diminuant un peu l'intensité.

Le nombre des substances employées est assez restreint et le champ reste largement ouvert aux expérimentateurs ; toutes les substances ionisables en solution peuvent être utilisées, aussi est-il impossible d'établir les indications de la méthode.

D'une manière générale, on ne devra employer cette médication que dans les affections relativement superficielles, là où on est sûr de la pénétration de l'ion, et je ne pense pas qu'on ait obtenu des résultats bien nets dans le traitement ionique des viscères profonds. Cependant, dans ses dernières communications, le Dr Leduc conseillait d'utiliser l'action sclérolysante du chlorure de sodium dans les adhérences pleurales et les cas qu'il citait sont absolument remarquables.

Les nerfs superficiels, les vaisseaux, les ganglions, les articulations, la peau, les muqueuses, sont susceptibles d'être pénétrés par les ions médicamenteux ; il en est de même pour tout organe facile à limiter, l'œil, le nez, l'utérus, testicule, etc., etcc.

ÉLECTROLYSE INTERSTITIELLE MÉTALLIQUE.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les ions médicamenteux contenus dans les solutions électrolytiques. Mais si nous employons au pôle positif des électrodes métalliques attaquables, le phénomène est plus complexe. En effet, l'ion Cl que nous avons constaté au pôle perd sa charge au niveau de l'électrode et l'atome formé s'unit au métal attaquable donnant lieu à un oxychlorure ; le métal est transformé en un sel ionisé et il y aura pénétration de l'ion métallique.

Cette électrolyse métallique modifie profondément les tissus.

Citons l'expérience faite par le Dr G. Gautier ; il introduisait dans un utérus de lapine une électrode positive en cuivre rouge ; après le passage on retrouvait l'oxychlorure non seulement dans la muqueuse mais dans la profondeur des muscles ; une lame d'acier posée sur un point quelconque des muscles se recouvrait de cuivre métallique.

Un exemple fera aisément comprendre l'efficacité d'un tel procédé que nous avons eu fréquemment l'occasion d'appliquer. Voici un trajet fistuleux consécutif à l'ouverture d'un abcès d'une origine quelconque ; on y fait de fréquentes injections antiseptiques, teinture d'iode, caustiques, chlorures de zinc sans grand résultat ; les matières albuminoïdes coagulées par le contact de ces solutions forment une barrière infranchissable qui limite forcément la désinfection. Or cette barrière albuminoïde n'empêche nullement la pénétration électrolytique des ions dans les couches sous jacentes.

Les électrodes positives en zinc sont particulièrement recommandables dans ces cas ; l'ion zinc est un désinfectant énergique. En gynécologie, dans certaines endométrites hémorrhagiques il agira comme hémostatique et désinfectant. Nous l'avons employé dernièrement avec succès dans un cas d'endométrite avec gros col déchiré et hypertrophie folliculaire ayant l'apparence d'un épithélioma ; quatre séances suffirent pour amener une guérison qui ne s'est pas démentie depuis, alors que le curettage n'avait donné aucun résultat. Les cas les plus divers ont été traités par le procédé : ulcères, épithélioma, ozène, trajets fistuleux, etc.

— La pénétration électrolytique des ions médicamenteux, facilement réalisable, peut donc rendre de grands services en médecine et ses indications sont nombreuses. Cette méthode de traitement a fait ses preuves, est parfaitement rationnelle et mérite d'occuper un rang sérieux en thérapeutique.

Dr PHILIPPE.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS
DU TRAVAIL

S'il est une besogne pénible à faire ici chaque semaine, c'est celle qui consiste à classer, dans les dossiers Diverneresse, les documents relatifs aux faits et gestes des Compagnies d'Assurances-accidents envers nos pauvres confrères.

On ne peut pas publier tout cela. A quoi bon, d'ailleurs ? Ce serait à désespérer de tout s'il restait d'autres médecins à convertir que ceux qui ne veulent pas l'être, au sujet du rôle que ces collectivités chicanières prétendent nous faire jouer

et des habitudes d'exploitation qu'elles veulent conserver à notre égard.

Mais, nombreux aussi et réconfortants deviennent les cas de résistance de nos camarades. Pour encourager les énergies, donnons celui de cette semaine.

De l'agent au médecin.

A Monsieur le Dr B... à R.

J'ai l'honneur de vous remettre sous ce pli la copie d'une lettre de la Compagnie en date d'hier, relative aux honoraires que vous réclamez pour le sinistre B.

Je vous prie de me dire si vous acceptez de réduire ceux-ci dans la proportion indiquée dans la dite lettre.

Veuillez agréer, Monsieur, mes bien sincères salutations.

X.

Paris, le 20 décembre 1906

M. X., agent général à S.

Nous avons examiné la lettre d'honoraires de M. le Dr B. que vous nous réclamez.

Ce médecin demande 35 fr. pour soins donnés au sinistré B., n° 1173 qui, d'après ce que nous relevons, n'a pas cessé de travailler. Dans ces conditions *il ne nous parait pas que l'intervention quotidienne du médecin fût nécessaire ; le sieur B. pouvait se panser lui-même ou se faire panser par une personne de son entourage, sauf à faire surveiller sa plaie par le médecin tous les 4 ou 5 jours* (1).

Par suite, nous estimons qu'il convient de proposer au Dr B. la réduction de 75 %. Néanmoins, pour éviter une discussion qui pourrait se prolonger, nous vous laissons libre de régler avec une réduction de 50 %.

Recevez, M....

Le Directeur Général,
X.

Le médecin à l'agent.

« Le Dr B. a l'honneur de prier M. X. d'informer la Compagnie que s'il n'est pas réglé du montant des honorares qui lui sont dus dans la huitaine il se verra obligé de s'adresser à qui de droit. »

Le 7e jour, notre confrère recevait la lettre suivante :

Le 31 décembre 1906,

M. le Dr B.,

Je vous remets sous ce pli, la note de vos honoraires pour le sinistre B. J'en tiens le montant (fr. 35.) à votre disposition contre remise de la note acquittée. Si vous n'êtes pas passé à mon bureau lorsque mon encaisseur ira à R., je vous ferai verser la somme sus-énoncée.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations empressées.

Tout est bien qui finit bien. Cet exemple prouve une fois de plus qu'il dépend de nous seuls qu'il en soit presque toujours ainsi : il ne faut pas se fatiguer de vouloir, et voilà tout.

Mais quand on met en regard de ces façons d'agir les délicatesses et les scrupules des médecins devant des chiffres d'honoraires qui montent par la force des choses, plus qu'ils ne l'avaient prévu, par le simple jeu de tarifs parfaitement équitables, on s'étonne qu'il y ait encore des magistrats que n'ait pas frappés la différence des deux mentalités, celle des assureurs et celle des médecins.

(1) En vérité, je vous le dis, ces gens-là sont des philanthropes et en ont toutes les généreuses habitudes. Dr B.

Et que penser des confrères, que le collier des assurances n'a pas encore blessés jusqu'à le leur faire lâcher ?

CORRESPONDANCE

La loi nouvelle sur les aliénés.

Mon cher Confrère,

Nous sommes un grand nombre de médecins qui allons nous trouver fortement lésés par la nouvelle loi sur le régime des aliénés.

Elle va nous créer une concurrence officielle désavantageuse pour nous, puisque nos concurrents prochains arriveront parmi nous avec une situation privilégiée.

Nous ne pouvons mieux faire que de confier nos intérêts au *Concours Médical* qui entretient des relations avec le groupe parlementaire médical.

Vous remerciant à l'avance, veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Magnier.

Lettre adressée au docteur Dubief.

Monsieur le Député et très honoré Confrère,

Permettez-moi d'attirer votre attention sur une des conséquences de la loi sur le régime des aliénés actuellement en discussion, conséquence que vous n'avez certainement pas prévue et qui n'en est pas moins une question de vie ou de mort, pour un certain nombre de docteurs en médecine.

La nouvelle loi prévoit une augmentation du nombre des médecins traitants, qui n'habiteront qu'exceptionnellement les asiles et qui exerceront au dehors de ces établissements. Or, les asiles d'aliénés sont le plus souvent situés dans des centres peu populeux, suffisant à l'activité d'un ou deux docteurs.

La situation de ces derniers, acquise par de nombreuses années de travail, va souvent se trouver compromise et même ruinée par l'arrivée de ces nouveaux confrères *pourvus d'un traitement fixe*, leur permettant de ne pas se soucier des ennuis de la vie.

Il y a là une anomalie qui ne peut subsister et je ne doute pas que vous voudrez bien y porter attention.

Veuillez agréer, etc.

Dr Magnier.

N. D. L. R.—La question qui préoccupe notre confrère a été *un peu* envisagée dans la discussion à la Chambre. Il a été fait de sérieuses réserves par plusieurs orateurs sur ce point spécial du médecin adjoint n'habitant pas l'asile et exerçant au dehors. Nous la soumettrons à l'attention des sénateurs qui vont être prochainement saisis : nous en entretiendrons également M. Mirman, dont les sentiments de bienveillance à l'égard des médecins, permettraient d'espérer tous tempéraments possibles et équitables dans tels cas déterminés.

Mais, ceux qui ont les mêmes craintes que notre avisé correspondant, feraient peut-être acte de prévoyance, en se préoccupant, dès aujourd'hui, de remplir eux-mêmes les conditions qui leur permettraient d'être nommés médecins adjoints des asiles établis dans leur commune de résidence? Nous avons la ferme conviction qu'il serait généralement facile de leur faire donner la préférence, ce qui préviendrait bien des histoires.

La politique et les médecins assermentés.

X., 24 janvier 1907.

Je vois dans le *Concours* que la question des médecins assermentés, est souvent soulevée et que beaucoup en ignorent.

Vous dites dans votre dernier numéro (correspondance), que l'on ne doit pas souvent nommer sans enquête politique.

Le rôle a assez d'importance dans un chef-lieu parceque le médecin assermenté doit visiter tous les candidats aux postes (h. et f.), indirectes, écoles etc. La visite a lieu en bloc avant le concours, et là le confrère assermenté se fait une belle matinée à cent sous par tête ; *tot capita tot sensus*, disait-on à Rome.

Pour les certificats aux fonctionnaires on lui fait d'autres ennuis. Il a prêté un serment qui l'empêche en conscience de faire de ces certificats de complaisance où l'on peut faire une rédaction ne trompant personne. Et l'administration lui demande d'examiner si un tel est hors d'état de faire son service, et si son état maladif est la conséquence directe de son service. Là, il se pose parfois pour lui des questions douloureuses ; trahir l'administration dont il est le délégué, ou mettre dans la misère un pauvre fonctionnaire, en un mot faire une expertise contre un client qui vous paie directement votre expertise, et qui ne comprend pas que l'expertise puisse se tourner contre lui.

J'ai vu un de mes confrères assermenté en butte à la haine, hautement proclamée d'un gros monsieur à qui il avait refusé de certfier que la goutte tenait à la manipulation du télégraphe, et non à son genre de vie bien connu de tous ceux qui l'entouraient.

Voici pour les avantages et les inconvénients du poste.

Quant à la nomination, elle est *uniquement politique.*

Ici le poste fut créé sous l'empire, et le Dr A. fut nommé parceque son frère était conseiller de Préfecture. Au bout d'un an il donna sa démission, et son frère fit nommer le Dr B. qui était son camarade.

En 1877, le Dr B. mourut ; on était en plein seize mai, et le D. C. fut nommé : il était blanc.

Sous le ministère Floquet, il fut remercié avec éloge, et le Dr D. qui était rouge fut nommé.

Sous le ministère Méline, on a dit que ce n'était pas la peine de le révoquer, qu'il n'y avait qu'à en nommer un autre, et que les fonctionnaires comprendraient, ayant une intelligence très vive de ces choses-là, que D. ne comptait plus, et on nomma le Dr E. qui était rose.

Puis vint Waldeck ou Combes, et comme D. avait un peu pâli au soleil, on nomma le Dr F. bien rouge. De sorte, que nous avons trois médecins assermentés : D. E. F. Mais D. et F. peuvent mettre le titre sur leur carte (c'est une consolation), et F. empoche les gros bénéfices.

Tout à vous,

C. W. 5053.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de Douai.

Séance du 21 *octobre* 1906.

Présidence de M. MONNIER, Président.

Présents : MM. Monnier, Thiéry, Gugelot, Pollet, Lambilliotte, Sockel, Baude, Leclerq, Legrand, Wigniolle, Delval, Caffeau, Desmoulin, Bret, Dransart (Flers), Dransart (Flines), Legrain, Faucheux père et fils, Jacomet, Depoutre, Vallet, Toison, Paquet.

Excusés : Dransart et Famechon, de Somain, Van Houtte, Defouilloy.

La séance est ouverte à midi un quart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le président soumet à l'assemblée les candidatures des confrères Legrand, d'Auberchicourt ; Famechon, de Somain ; Leclerq, d'Orchies ; Dupas, de Sin-le-Noble. Ces confrères sont admis à l'unanimité.

Le secrétaire donne lecture des lettres des confrères Havez, d'Orchies, Brasseur, d'Aniches qui, pour diverses raisons, demandent à surseoir à leur admission et d'une lettre du confrère Vandamme qui explique les raisons pour lesquelles il se considère comme « non dignus intrare ». L'assemblée donne acte au secrétaire de ces communications.

Communication relative au nouveau tarif des expertises judiciaires.

Le secrétaire expose à l'assemblée les craintes que lui inspire pour l'avenir le nouveau mode de faire employé par les juges de paix, tant dans la rédaction de leurs réquisitions que dans le mode de taxation des vacations d'expertise.

Le mode de faire est celui-ci : Prière à M. le Dr ... de me faire savoir par un simple mot : oui ou non » si le cas du blessé X... peut entraîner une incapacité permanente ? Le but poursuivi est d'éviter le « Rapport » et de nous payer comme témoins. Le secrétaire trouve ce mode de faire inacceptable car il réduira les honoraires à trois francs, sans atténuer notre responsabilité ; de plus il le considère comme illégal, car notre intervention ne s'explique que par notre compétence professionnelle (donc nous sommes experts et non témoins), notre responsabilité reste complète comme le prouvent des jugements récents, où le médecin a été victime. Après une discussion à laquelle prennent part de nombreux confrères, surtout notre président honoraire le Dr Sockel, l'assemblée adopte la motion du président Monnier ainsi conçue : Le bureau, pour éviter toute discussion, le travail fait, écrira à chacun des juges de paix en fonctions dans notre arrondissement à l'effet d obtenir leur avis sur cette question et le mode de taxation qu'ils ont l'intention d'appliquer. En exécution de cette délibération le secrétaire a adressé à chacun de ces magistrats, des trois cantons de Douai, des cantons d'Orchies et de Marchiennes, la lettre ci-après :

« Le Corps médical s'est montré très préoccupé « des modifications profondes que la chancellerie a « apportées tant dans la rémunération que dans la « rédaction des réquisitions relatives aux accidents « du travail, surtout dans nos rapports avec les « justices de Paix. Contrairement au modus faciendi antérieur où nous n'entrions en action que par « une réquisition en règle, nous demandant un rap- « port sur la situation du blessé, nous recevons, « maintenant, une demande de dire « par oui ou par « non » si la situation du blessé peut faire craindre « une incapacité permanente.

« D'un autre côté, la chancellerie semble faire « abstraction totale de notre qualité d'expert pour « nous honorer comme de simples témoins. Il y a là « une situation que nous ne saurions accepter, étant « donné que, dans les interventions de cette nature, « notre responsabilité est engagée, quoi que l'on di- « se, témoins des jugements récents rendus en la « matière. Ce que l'on veut, c'est nous honorer « comme des témoins en nous allouant une journée « de travail simple, parfois double. Afin d'éviter « toute discussion, le travail fait au point de vue « des honoraires, notre Syndicat, dans sa séance « annuelle du 21 octobre courant, a décidé que le bu- « reau aurait la mission de vous demander à quel « tarif et à quel taux seront payés nos rapports « d'experts, car nous ne pouvons accepter d'autre « qualification, surtout celle de témoin qui est abso- « lument fausse et erronée, puisque notre interven- « tion n'a lieu que pour apprécier un dommage, que « celle-ci n'a lieu que du fait de notre profession « et de notre qualité de médecin. Nous venons en « conséquence exécuter près de vous le mandat que « nous ont confié nos confrères, désireux de savoir « à quoi s'en tenir, et nous comptons sur votre obli- « geance pour nous donner une réponse précise ».

En ce qui concerne le *tarif légal envers les compagnies d'assurances*, malgré l'avis presque unanime des membres syndiqués, le secrétaire demande le maintien du *statu quo*. Il résulte en effet de ses recherches, des entrevues qu'il a eues avec des personnes compétentes, que le bénéfice à en retirer, s'il y en a, ce qui est loin d'être prouvé, n'équivaudra pas aux paperasseries obligatoires et tracassières, et aux ennuis d'une nouvelle guerre avec les Compagnies.

Appuyée par de nombreux membres qui font valoir que le tarif des grandes blessures, la délivrance des certificats, sont mieux payés avec le tarif du Conseil général, l'Assemblée, revenant sur sa première décision, maintient le *statu quo* proposé. Ce tarif légal reste néanmoins seul valable en cas de litige,

Compte du trésorier.

Aucun confrère ne demandant la parole pour formuler un vœu ou une proposition, le président donne la parole au trésorier dont les comptes sont approuvés à l'unanimité. Des félicitations lui sont adressées pour sa bonne et parcimonieuse gestion. L'avoir du Syndicat à ce jour est de 1482 fr. 32, y compris le livret de caisse d'épargne ; le bureau demande que cette somme reste inaliénable, pour le cas où un procès surviendrait pour un fait de principe général. Adopté.

La subvention C.. est portée à 60 f. Elle lui sera servie comme par le passé par le confrère Dransart de Flines.

Le certificat supérieur.

Quant à la question relative au Diplôme supérieur de Médecine, après une discussion serrée entre quelques confrères, l'Assemblée, à l'unanimité déclare inutile et nuisible la création de ce diplôme qui jette une déconsidération imméritée sur le corps médical, et ne vise aucun autre but que le favoritisme ; puis, à l'unanimité moins une voix (Dr Paquet), décide que le Syndicat approuve de tous points la protestation de la Fédération des syndicats du Nord et du Pas-de-Calais, approuve et s'associe à la réunion d'un congrès, et autorise la Fédération à se servir, le cas échéant de notre délibération.

Le second banquet est rétabli ; il aurait lieu un des premiers dimanches de mai dans une des localités de la région syndicale. Cette année, c'est Aniche qui est désigné ; la cotisation serait de cinq francs; la Caisse syndicale paiera le surplus, mais si le trésorier déclare la chose impossible, chaque membre présent ou n'ayant pas prévenu de son abstention en temps utile, paiera dix francs.

Un addendum est ci-joint, il trouve place à la page 22 des statuts : « Ces décisions ont force de statuts et l'on devra, avec les comptes rendus des réunions, les tenir au courant. »

Le secrétaire,
A.

Le tarif dans les expertises médicales accidents du travail. — Modes d'application Réponses de MM. les juges de Paix à la lettre du 24 octobre 1906 ci-dessus reproduite.

Canton Ouest de Douai. — Aux termes de la circulaire rapportée dans votre lettre du 24 courant, le tarif civil de 1807 doit être appliqué aux médecins en justice de paix (matière d'accidents du travail). Or, d'après l'article 25 du décret du 16 février 1807, la taxe des experts en justice de paix est la même que celle des témoins. Quelle est cette taxe ? Une journée de travail ou même une double journée si le témoin a été obligé de se faire remplacer dans sa profession (article 24 du même décret).

C'est parfaitement logique, mais cette taxation me semble, dans l'espèce, se prêter à une certaine élasticité, suivant l'importance, la gravité du cas et le temps consacré à l'expertise. C'est pourquoi il m'est absolument impossible de vous indiquer, comme vous m'en exprimez le désir, un tarif invariable. Je le puis d'autant moins que, depuis quelques années, nos taxes, en matière criminelle comme en matière d'assistance judiciaire, sont toujours subordonnées à l'approbation du Parquet général. Pour les honoraires des médecins, la circulaire fixe un maximum que nous ne pouvons pas dépasser. Dans la forme, peu importe au médecin expert qu'il soit taxé par vacations ou par journées, du moment qu'il se trouve suffisamment rémunéré des soins apportés à l'examen médical dont il est chargé. Jusqu'à présent, mes collègues et moi n'avons été touchés de quelque réclamation relative à la taxe des expertises médicales, ce qui fait présumer que les honoraires alloués ont paru suffisamment rémunérateurs.

J'estime donc qu'il n'y a pas lieu pour le corps médical de s'émouvoir des prescriptions de la circulaire de la Chancellerie. En ce qui me concerne, soyez persuadé que chaque fois que je me trouverai dans le cas de faire appel aux lumières de la science médicale, je m'efforcerai de concilier les instructions avec le principe de la juste rémunération des services rendus à la justice.

Pour ce qui regarde les termes des rapports d'expertise, il ne me paraît pas possible de les libeller par oui ou non. L'expert doit toujours répondre avec motifs aux questions qui lui sont posées par le jugement ou l'ordonnance, suivant le cas.

Signé : SHŒNLIN.

Canton Sud de Douai. — I. Le juge de Paix demande au médecin *traitant ou qui a constaté la blessure*, à titre de *témoignage*, des renseignements sur l'état de la blessure, sur les constatations qu'il a faites (souvent à cause de rapport incomplet). La taxe sera évidemment celle des témoins, par journée de travail et indemnité kilométrique.

II. Le juge de paix commet un *expert*, 1° S'il le fait au cours d'une enquête en cas d'incapacité permanente, la taxe se fait par vacation.

2° Au cours d'une instance devant lui, indemnité temporaire ou autre cause. A... s'il demande un rapport écrit, la taxe encore par vacation B, s'il demande un rapport oral à l'audience, aux termes des instructions les plus récentes, ce rapport oral serait assimilé à un témoignage et recevrait la taxe du témoin. Mais, même dans ce cas, le seul auquel soit applicable la taxe par journée de travail, (les instructions ministérielles ont été rectifiées sur ce point) il semble évident que la visite, l'examen qui aura nécessairement précédé ce rapport, doiventêtre taxés, indépendamment de ce dernier, par vacation. En pratique, s'il arrive qu'exceptionnellement on aie recours au témoignage du médecin traitant pour obtenir certains renseignements, faire préciser certaines constatations en matière d'expertise, le rapport écrit sera seul employé. L'*expert* sera donc toujours réglé par vacation. Les médecins habituellement commis au canton sud ont accepté, et leurs confrères accepteraient certainement le cas échéant la taxe suivante : Pour un rapport sommaire, dix à vingt francs, Pour un rapport complet, quarante à soixante francs, chiffres fixés à forfait pour chaque rapport, selon l'importance.

Signé : LUCE.

Canton d'Orchies. — Je viens répondre aux questions que vous m'avez adressées au sujet des honoraires des médecins dans les accidents du travail.

I. Actions en paiement de demi-salaires. Lorsqu'il s'élève une contestation sérieuse au sujet de l'état de la victime, j'adresse une réquisition au docteur commis, qui sera taxé conformément au décret du 21 novembre 1893, c'est à dire 8 fr. pour la visite, et 5 fr. au minimum pour le rapport (1).

II. Dans tous les autres cas, certificat complémentaire avant de procéder à l'enquête, action en paiement de frais médicaux, etc. etc., j'applique le tarif fixé par l'arrêté du 30 septembre 1903 c'est-à-dire que je taxe 2 à 5 fr. pour le certificat, et j'ajoute une visite, prix variable suivant les localités; je vous prie de remarquer que nos taxes sont soumises au visa, que le parquet règle leur sort, et que c'est lui surtout que vous consulterez utilement.

Canton de Marchiennes. — En réponse à la lettre que vous m'adressée, je viens vous informer que conformément à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, l'arrêté du 30 septembre 1905 me paraît devoir être appliqué dans les cas que vous signalez. Je suis à votre disposition pour vous donner verbalement ou à un de vos délégués, toutes les explications quevous pourriez désirer me demander.

Signé : Illisible.

Au reçu de cette lettre, j'ai prié notre confrère Laden de ramener M. le juge de paix à la question, et d'obtenir une réponse précise aux questions suivantes : Quelle sera la taxation? sera-t-elle faite au titre de témoin ou d'expert. Après une très longue attente dont je décline la responsabilité, voici les réponses obtenues : le juge de paix de Marchiennes requerra toujours comme expert et non comme témoins, à moins que le parquet général ne lui en donne l'ordre. En matière ordinaire, c'est-à-dire hors l'assistance judiciaire, rien ne sera changé et le médecin payé comme par le passé ; prestation, serment, une vacation : visite ou visites, une ou plusieurs vacations : le rapport ne sera jamais décompté moins d'une vacation, mais sera taxé selon son importance. Donc aucune expertise ne rapportera moins de 20 fr. minimum. Le juge de paix ne demandera jamais réponse par oui ou par non, mais toujours un rapport détaillé. Quand il subsistera chez lui un doute sur une incapacité permanente, il écrira à l'intéressé de fournir un certificat affirmant cette incapacité ; en ce cas le certificat sera payé par le patron ou la Compagnie d'assurances. Donc le médecin sera toujours appelé comme expert sauf ordre du parquet ; il sera payé par vacations avec un minimum de trois, et un maximum variable avec l'importance du rapport. Le juge de paix nous assure de ses bons sentiments pour nous rémunérer selon notre travail, tout en appliquant la loi et les tarifs légaux des accidents du travail.

En somme, cette réponse cadre avec celles des autres juges de paix du canton. Elle a été donnée verbalement au confrère Laden qui me l'a transmise.

Réponse du Juge de Paix du Canton Nord reproduite in extenso vu son importance.

J'ai l'honneur de vous faire savoir que c'est certainement une interprétation erronée de la circulaire de la Chancellerie qui a pu faire croire que les médecins chargés de faire une expertise à l'occasion d'un accident du travail pouvaient être taxés comme témoins. En effet, si je prends la circulaire du parquet en date du 15 mai 1906, je lis : » La chancellerie est saisie de diverses difficultés relatives au règlement d'honoraires d'expertises médicales en matière d'accidents du travail et, sous réserves de discussion de leurs mémoires, si les chiffres étaient plus élevés, a décidé de proposer aux médecins 60 fr. « pour une expertise faite par un seul », et 200 fr. « lorsqu'ils sont trois, en y ajoutant les frais extraordinaires de radiographie et l'indemnité de transport ».

Quelques-uns ont déjà accepté le mode de rémunération proposé que je vous indique à titre de renseignement comparatif, car il s'agit dans l'espèce d'expertises définitives sur le fond, fixation de la diminution de capacité productive de l'ouvrier, et non de questions préjudicielles comme celles qui s'agitent devant nous, (juges de paix).

A ce paragraphe du parquet, il peut être répondu que, lors d'une expertise en justice de

(1) N. D. L. R. — Mais pourquoi ce choix illégal du tarif criminel ?

paix, d'après une circulaire de M. le Président du tribunal civil de Douai en date du 21 novembre 1900, où il est dit: Je vous (juges de paix) prie de tenir la main à ce qu'à l'avenir je sois aussi exactement informé que possible du genre des blessures ou lésions constatées, de leurs conséquences probables et, s'il y a lieu, de la date à laquelle leur consolidation pourra être approximativement obtenue ou déterminée .... Je dois donc donner au médecin commission de décrire la gravité des blessures et des infirmités qui ont été la suite de l'accident, de préciser si l'infirmité sera permanente ou temporaire, déterminer, au cas d'impotence fonctionnelle permanente, dans quelle mesure l'aptitude du blessé au travail se trouvera diminuée, l'époque de la consolidation de la blessure, et cela, afin que plus tard cette expertise puisse, le cas échéant, servir au tribunal civil. Ce n'est donc pas ici de l'audition d'un témoin qu'il s'agit, mais d'une expertise qui ne peut être que taxée comme elle.

La circulaire du parquet ajoute : D'autre part, voici les instructions de la Chancellerie en ce qui concerne les juges de paix en matière d'expertise: La taxe doit être faite conformément au tarif civil sans que le maximum de l'indemnité journalière puisse excéder dix francs (art. 25 et 167 du décret du 16 février 1807). La taxe des experts en justice de paix est la même que celle des témoins, et il ne leur sera alloué de frais de voyage que dans les mêmes cas. (Il faut pour cela rester à plus de 5 myriamètres). L'article 25 est placé sous le livre I, chapitre IV, taxes des témoins, experts des tribunaux de paix, tandis que l'article 167 est placé sous le livre II de la taxe des frais dans les tribunaux inférieurs. Le tarif de 1807 sépare très distinctement la façon de taxer devant ces diverses juridictions, et les dispositions inscrites dans le livre II, chapitre IV, ne sont généralement applicables en principe qu'aux jugements rendus par les tribunaux d'arrondissement. Mais la loi en matière d'accidents du travail est une loi d'exception, et l'on doit étendre, par similitude des faits dont le tribunal et les juges de paix ont à s'occuper, le livre II, chapitre VI du tarif de 1807 aux juges de paix statuant aux accidents du travail.

Mais ce n'est point l'article 167 qui taxe les témoins que l'on doit appliquer, c'est l'article 159, qui taxe les experts par chaque vacation de 3 heures à 6 fr. Encore que votre rapport répondrait simplement par oui ou par non, si la situation du blessé peut faire craindre une incapacité permanente, il n'en est pas moins vrai que ce oui ou ce non constitue le résultat d'une étude approfondie de l'état du blessé, et est une expertise et non la déposition d'un témoin.

Mais ne serait-il pas préférable d'établir un prix fixe pour chaque rapport ! ! ! !

Signé : COCHET.

Art. 159. — Le maximum de la taxe du témoin sera de 10 fr. le minimum 2 francs.

Les frais de voyage seront taxés à trois francs par myriamètre pour l'aller et le retour.

Pour les architectes et autres artistes la vacation est de six francs.

Pour copie conforme,

Le secrétaire.

Dr Follet.

Mode de décompte des vacations pour expertises établi d'après les indications de M. le Procureur général près la Cour d'appel de Douai.

Prestation de serment :
Une vacation par expert (ne peut être portée que si le jugement mentionne cette formalité).

Examen du dossier :
De une à trois vacations par expert. Hors de ces limites, il devra être fourni des explications des vacations portées en sus et être indiqué la nature des recherches spéciales qui ont accru le chiffre des vacations.

Examen du blessé :
Ici le nombre des vacations ne peut être prévu ; il dépend de la nature et de la gravité du cas ou des difficultés qui ont été inhérentes au cas. Il n'y a ni maximum ni minimum.

Discussion et élaboration du rapport :
De une à trois vacations par expert, sans que le maximum puisse jamais être dépassé.

Rédaction du rapport :
Trois vacations pour un seul expert.

Lecture du rapport :
Une vacation pour chaque expert.

Dépôt du rapport :
Une vacation pour un expert si le jugement mentionne ce dépôt. Si le jugement porte la mention « nous sera transmis », la vacation ne peut être portée.

Recherches bibliographiques :
Examens spéciaux, tels que laryngoscope, radiographie, etc. etc... Expliquer ces recherches en vue du nombre de vacations qu'elles ont nécessitées.

La chancellerie n'admet par jour de 24 heures que trois vacations de jour et une de nuit. Elle n'admet en cas de séjour aucun débours en dehors de l'allocation (10 francs par jour) et le tarif kilométrique.

Les vacations de jour sont de six francs.

Octobre 1903 *Le Procureur Général,*

De Manoel Saumane.

Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Cette Société vient de renouveler son bureau pour la période 1908-1910. Ont été désignés: MM. Ed. Chaumier (de Tours), président; Durand (de Preuilly), Mattrais (de Chinon), vice-présidents ; Lapeyre (de Tours), secrétaire général; André (de Tours), secrétaire adjoint ; Archambault (de Tours), trésorier ; de Grailly (de Vouvray), Stecewitz (de Manthelan), Faucillon (de Chinon), membres de la commission administrative; Me Melin, avocat, conseil judiciaire.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet.

Procès-verbal de l'Assemblée ordinaire du 14 novembre 1906.

Précédée par un arbitrage amical entre nos confrères D. et P, dont le différend a été heureusement solutionné, notre assemblée a été, comme d'habitude, mouvementée et fort cordiale...... voire même gaie aux bons moments.

Sur 23 adhérents, 17 étaient présents. Avec ensemble nous avons acquitté notre cotisation de quinze francs, soit (avec une cotisation en retard) 170 francs ; mais avec presque autant d'ensemble nous avons écorné ce capital d'une somme de 135 francs pour dîner, pourboire et cigares compris. Notre secrétaire ayant gaspillé vingt-trois francs en frais de correspondance sous des prétextes divers (lettres, convocations, envoi du ta-

rif ministériel, circulaire pour le congrès de l'exercice illégal, etc.) il en résulte que la caisse ne sera pas encore très riche cette année.

Le Syndicat, ayant ainsi réglé les petites affaires courantes et appris qu'il n'y plus que 39 médecins dans l'arrondissement, a abordé les choses graves :

Il a protesté contre le certificat *supérieur* d'études médicales *idem* (c'était la mode en ces temps lointains).

Il n'a pas pris position dans la question de la réforme des études, mais il a nommé un délégué au congrès et un suppléant éventuel : le Dr Delpeut et le Dr Bailhache, dans cet ordre, nous représenteront.

Puis il a abordé la réforme des statuts (projet : *in Concours médical* du 16 avril 1904.)

Les articles 1, 2 et 3 ont été adoptés. A l'article 4 on supprime la délibération du mois de mai (parce que cette assemblée n'est pas obligatoire) et on introduira dans la parenthèse (novembre, *comme il est dit à l'article 18.*)

L'article 5 sera soulagé de ses quatre dernières lignes à partir du mot *notamment.*

L'article 6 est adopté.

A l'article 7 on ajoutera après le mot « collectivités » la parenthèse (*assurances et sociétés de secours mutuels spécialement*). — On ajoutera aussi « sans effet rétroactif » (ce qui paraîtra peut-être une addition fâcheuse). — Enfin on isolera le cas des *particuliers* qui payent les soins donnés à des tiers.

Pour l'application de l'article 8 on ajoutera au paragraphe b. une parenthèse : (*le Syndicat fera imprimer et distribuera à ses membres une lettre passe-partout ad hoc.*)

Et l'heure du dîner étant venue nous avons dû renvoyer la suite de la conversation à l'année 1907.

Le Secrétaire,

Dr CAMESCASSE.
de St-Arnoult.

CHRONIQUE DES ŒUVRES DE PRÉVOYANCE

Un ménage médical prévoyant.

Monsieur,

Mon mari me prie de vous dire qu'il a bien reçu l'envoi concernant les renseignements sur les diverses œuvre du « Concours », mais le livret consacré à la « Caisse des pensions de retraite » ne contient pas les statuts ni les conditions et cotisations exigées pour faire partie de cette œuvre.

La femme du médecin peut-elle en faire partie et à quel titre ? Il nous serait difficile de détourner de notre budget un avoir devant profiter au seul chef de famille et de laisser la femme dans le besoin sur ses vieux jours. Nous devons penser à une mutuelle qui nous mette l'un et l'autre à l'abri du besoin pour plus tard, en nous permettant de consacrer actuellement la plus large partie, de nos ressources à élever nos cinq enfants.

D'autre part, au sujet de « l'Amicale » ; vous dites que pour en faire partie, il faut au préalable être membre de l'Association générale.

Quelles conditions à remplir pour cela ? quels avantages.

Veuillez excuser, Monsieur, la longueur de ma lettre et agréer l'assurance de ma considération distinguée.

Mme L.

P. S. Nous avons l'un et l'autre 33 ans.

Madame,

Permettez-nous de vous féliciter de la part que vous savez prendre à l'étude des mesures de prévoyance dans le ménage médical.

Vous recevrez sous peu les statuts de la Caisse des pensions, qui sont à réimpression.

Vous y verrez que, pour s'affilier à cette société, il faut d'abord faire partie de l'Association générale.

Mari et femme s'inscrivent donc d'abord à la Société départementale agrégée à celle-ci (cotisation de 12 fr. par an pour chacun). Vous écrirez à cet effet au président de cette société départementale, en lui indiquant les deux parrains que vous vous serez choisis, car il faut être présenté par deux médecins membres de la société.

Dès que vous aurez été admis là, vous adresserez :

1° A M. le Dr Delefosse, 22, place St-Georges, Paris, les deux bulletins qui terminent la brochure « Caisse des Pensions », et que vous aurez remplis sans rien oublier ;

2° A M. le Dr Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, à Cannes, les cotisations afférentes à votre âge suivant la combinaison que vous aurez choisie, et en indiquant si vous contre-assurez ou non vos versements.

Pour l'Amicale maladie, elle n'est ouverte qu'à votre mari, car c'est sa validité à lui qui est la garantie primordiale du budget médical.

Dès qu'il aura été admis à la Société locale départementale, vous adresserez, rempli, à M. le Dr Mignon (Les Mureaux, Seine-et-Oise) le bulletin qui termine la brochure Amicale, et vous recevrez de lui toutes indications pour le versement de la cotisation, si l'admission est prononcée.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments confraternellement dévoués,

La Rédaction.

REPORTAGE MÉDICAL

Asile d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le lundi 4 mars 1907.

Les candidats devront adresser leur demande de participation à ces épreuves au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée.

Cette demande devra parvenir au ministère (premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) le 10 février 1907, au plus tard, accompagnée de toutes les pièces énumérées dans le décret du 1er août, 1906, insérées au *Journal officiel* du lendemain 2 août n° 207, qui détermine d'ailleurs, toutes les conditions exigées des candidats.

Le nombre des places mises au concours est fixé à huit.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. — Jeudi dernier, l'Assemblée de la Faculté a élu MM. Sigalas et Boursier pour les représenter au Conseil de l'Université.

Le même jour, le Conseil, après avoir entendu les rapports de MM, Arnozan (Cassaët), de Nabias (Lande) et Vergely (Mesnard), a formé la liste des

candidats à présenter au choix du ministre de l'Instruction publique pour la chaire de médecine légale.

En première ligne, il a placé M. LANDE (19 *voix sur* 23) ; en seconde ligne M. Cassaët.

Nos félicitations bien *cordiales* à notre dévoué confrère Lande.

Association Amicale des Etudiants de France. — Le comité 1907 est composé comme suit : Président : MM. Odent ; vice-présidents : Soligand, Foultier ; Secrétaire général : Laborde ; Trésorier : Bailly-Salin ; Secrétaire adjoint : Chevallier H. ; Trésorier-adjoint : Robert ; Bibliothécaires : Lambert, Arquevaux ; Archiviste : Bourgoin ; Conseillers : Billods, Bouillac, Boulé, Darles, Deschamps, Guilbaud, Guyader, V. Jalbert, Léger, Tanret.

Sociétés des médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris et de la Seine. — *Bureau pour* 1907.

Président : Dr Douvry ;

Vice-présidents : Dr de Pradel, Cayla et H. Gourichon ;

Secrétaire général : Dr Lucien Butte ;

Trésorier : Dr Georges Lévy ;

Secrétaires : Drs Biard, Meyer et Gagnière.

Une commission mixte pour l'application de la loi d'assistance aux vieillards.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

Sur le rapport du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques :

Vu la loi du 14 juillet 1905, notamment les articles 11, 14, 15, 16, 17, et 25 ;

Vu la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique en date du 28 mars 1906 ;

La délibération du Conseil supérieur de la mutualité en date du 3 juillet 1906.

Arrête :

Art. 1er — Est instituée près du ministère de l'intérieur la commission centrale prévue par la loi du 14 juillet 1905 ; elle est composée des membres dont les noms suivent :

MM. Paul Strauss, Labiche, Labrousse, Dron, Mirman, Ogier, Paulet, G. Mesureur, Coulon, H. de Villeneuve, Alapetite, Rondel, Magnan, Ferdinand Dreyfus, délégués du Conseil supérieur de l'Assistance publique et pouvant être suppléés, le cas échéant, par MM. Marcel Briand, Boucard et de MM. Gairal, Gomont, délégués du Conseil supérieur de la mutualité.

Art. 2. — La commission centrale élit chaque année à sa première séance un président et un vice-président pris parmi les membres.

Art. 3. — Le chef du 3e bureau de la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

Art. 4. — L'archiviste du Conseil supérieur de l'Assistance publique est attaché à la commission en la même qualité.

Art. 5. — En dehors des attributions qui lui sont déférées par la loi du 14 juillet 1905, la commission centrale est appelé à donner son avis sur les questions relatives à l'application de ladite loi, qui sont renvoyées à son examen par le ministre de l'intérieur.

Art. 6. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 18 janvier 1907.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

G. CLÉMENCEAU.

Faculté et Hôpitaux

Sous la direction de M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté, durant le semestre d'été 1906, les cours et exercices suivants auront lieu à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Médecine opératoire générale : MM. Pierre Sébileau, directeur, Chifoliau et Chevrier, prosecteurs : 1re série, du 9 avril au 22 avril tous les jours, à 1 h. 1/2 ; 2e *série*, du 14 mai au 27 mai. tous les jours, à 1 1/2 ; 3e *série*, du 10 juin au 22 juin, tous les jours à 1 1/2. Droit d'inscription, 50 francs. Le cours est gratuit pour les internes et les externes des hôpitaux. Le nombre des élèves est limité par les ressources du laboratoire. Chaque série comprend 12 leçons.

Chirurgie d'urgence et de pratique courante : M. Ch. Walter, agrégé, chirurgien de la Pitié : M. Arrou, chirurgien des hôpitaux. Du 27 février au 27 mars, le lundi, le mercredi et le vendredi à 3 h.

Chirurgie gynécologique : M. Ricard, agrégé, chirurgien de Saint-Antoine ; M. Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Du 26 février au 26 mars, le mardi, le jeudi, le samedi, à 3 h.

Chirurgie génito-urinaire : M. Albarran, professeur, chirurgien de Necker ; M. Proust, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Du 9 avril au 6 mai, le lundi, le mercredi, le vendredi, à 3 heures.

Chirurgie de l'estomac, de l'intestin, du foie : M. F. Lejars, agrégé, chirurgien de Beaujon : M. Pierre Duval, agrégé, chirurgien de hôpitaux. Du 29 avril au 31 mai, le lundi, le mercredi, le vendredi à 3 h. 1/2.

Chirurgie expérimentale : M. Pierre Delbet, agrégé, chirurgien de Laënnec. Du 8 mai au 31 mai, le lundi, le mercredi, le vendredi à 2 h.

Chirurgie de la tête et du cou : M. Pierre Sebileau, agrégé, chirurgien de Lariboisière ; M. Etienne Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; du 31 mai au 28 juin, le lundi, le mercredi, le vendredi, à 3 1/2.

Chirurgie de l'œil et de l'orbite : M. Morax, ophtalmologiste de Lariboisière, du 31 mai au 23 juin, le lundi, le mercredi, le vendredi à 3 h.

Technique de la massothérapie : M. Dagron, ancien interne des hôpitaux. Du 9 avril au 30 avril, le mardi, le jeudi, le samedi à 3 h.

Chacun de ces cours comprendra 10 leçons de technique chirurgicale et sera précédé de 3 leçons d'anatomie pratique (total : 13 leçons).

Le cours de chirurgie expérimentale et de massothérapie comprendra seulement 10 leçons. Le droit d'inscription est de 100 francs par cours. Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux de Paris. Le nombre des élèves est limité.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris Ve arrondissement.

A partir du 1er février 1907, M. Galezowski et M. Beauvois commenceront un cours pratique d'ophtalmoscopie et de réfraction. Ce cours aura lieu les lundi, mercredi et vendredi à 4 h. 1/2 et sera complet en 12 leçons. Pour s'inscrire, s'adresser à M. Beauvois, 41, rue Dauphine.

Cinq internes des hopitaux commenceront le 4 février 1907 les cours suivants : Médecine pratique : M. Siegel à Cochin. — Maladies des enfants ; M. J. Lemaire aux Enfants-Malades. — Gynécologie élémentaire : M. Pottet à Broca. — Maladies de la peau et syphilis : M. Bord à Broca.

Le nombre des places est limité. Chaque cours comprendra 10 leçons, 3 par semaine, strictement élémentaires et pratiques. Droit d'inscription : 20 francs par cours. Pour s'inscrire, écrire à M. Bord, interne à l'hôpital Broca.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur KATZ, de Pontoise, membre du « Concours médical », président du Syndicat de l'arrondissement de Pontoise, vice-président de l'Union des Syndicats et membre du Conseil d'administration du « Sou médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-neuvième année N° 6 10 FÉVRIER 1907



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE CONGRÈS DES PRATICIENS

Nouvelles diverses

Le *Syndicat de la Vallée du Rhône* a voté dans sa dernière réunion :

1° Subvention globale de 100 francs ;

2° Désignation de 2 délégués qui recevront une somme de 50 francs à titre d'indemnité de séjour :

3° Rédaction d'un cahier de revendications professionnelles.

Le *Syndicat de Chambéry* prendra ses décisions la semaine prochaine.

M. le Dr Gros (d'Auxon), *Syndicat médical de l'Aube*, nous écrivait le 23 janvier :

Auxon, 23 janvier 1907.

Mon cher Confrère,

J'ai prié le Président du Syndicat de s'entendre avec le Président de l'Association, afin de convoquer une assemblée générale des Médecins du département de l'Aube, en vue du Congrès des Praticiens. Nous aurons une entrevue entre les deux bureaux, et on règlerait l'organisation de l'Assemblée générale : on pourrait, par exemple, nommer un bureau composé de deux membres du bureau du Syndicat, deux membres du bureau de l'Association, et deux membres (médecins indépendants), désignés par l'Assemblée ; après discussion, on pourrait signer une feuille collective de l'adhésion ainsi conçue :

Les soussignés, docteurs en médecine, donnent leur adhésion au Congrès des Praticiens, et nomment pour les représenter au Congrès, MM. qui seront chargés de soutenir dans cette Assemblée, par leur vote, les 2 motions suivantes :

1° Nomination d'une commission des réformes médicales, composée en nombre égal de savants et de médecins praticiens.

2° Liberté pour tous les malades quels qu'ils soient de choisir leur médecin.

Signatures.

Les Confrères qui ne pourraient assister à la réunion, seraient admis à voter par correspondance.

Avez-vous quelques données spéciales (circulaires ou autres) à me transmettre, projets, idées, etc. à ce sujet ? Nous nous ferions un plaisir d'en tenir compte dans nos réunions du bureau.

J'ai reçu une circulaire du Dr Leredde, où l'on taxe à 5 fr. (chiffre le plus bas), la cotisation d'adhésion au Congrès. Cette taxe paraît obligatoire ; or, ne craignez-vous pas qu'elle ne soit nuisible au succès ? — Les médecins altruistes et qui

s'intéressent à la question verseront facilement 5 francs. — Ceux qui sont opposés, par conviction ou autre motif sérieux, aux réformes médicales, resteront chez eux, ou viendront s'opposer au vote; reste la 3e catégorie, la plus nombreuse, ici comme ailleurs, les indifférents, qui, sous prétexte que les Congrès sont souvent pauvres en résultats, ne viendront pas, n'enverront pas leur vote pour garder leur pièce de cent sous.

Quant à la Caisse syndicale, si nous nous chargeons de la cotisation, cela nous ferait 350 francs et la somme pourrait bien arrêter l'élan, et nous jouer au dernier moment un mauvais tour.

Telles sont les considérations que je voulais vous soumettre avant notre réunion, persuadé que vous êtes à même de nous renseigner, si besoin est.

Amitiés. Dr Gros.

D'autre part, M. le Dr Lagarde (de Vals), au nom du *Syndicat du Bas-Vivarais*, faisait les mêmes observations au sujet de la cotisation.

Nous les avions déjà entendues dans de précédentes réunions du Comité d'organisation, et présentées avec une vivacité significative.

Aussi, une réunion récente du Bureau, reconnaissant l'urgence de trancher cette difficulté, a chargé le Secrétaire général d'informer tous groupements qu'il y avait lieu sur ce point d'adopter les mesures suivantes :

« 1° Moyennant une subvention proportionnelle à ses ressources, mais que les nécessités « budgétaires ne permettent pas de laisser descendre au dessous de 1 fr. par sociétaire, chaque groupement assurerait son droit de représentation par délégués apportant le nombre de voix du groupe ;

« 2° La cotisation de 5 fr. ne serait imposée qu'aux non-groupés, et leur donnerait individuellement pleins droits de participation au Congrès. Elle serait recueillie par les groupes régionaux ou directement adressée au trésorier, Dr Gouffier, 14, rue de Chartres, Neuilly-sur-Seine. »

La même réunion du Bureau a constaté que la distribution des rapports était à peu près terminée et pourrait être publiée d'ici peu.

Quant à la date précise du Congrès, elle reste subordonnée à celle de l'Assemblée de l'Association générale et pourra, sans nul doute, être définitivement arrêtée avant la fin de février.

Comme il l'a déjà fait, le Bureau du Comité de préparation prie instamment tous les groupes, comités locaux, initiateurs régionaux, de lui soumettre avis, demandes d'indications, renseignements, critiques, etc.

La tâche est rude et encore augmentée par la nécessité d'aller vite en besogne : elle réclame une activité générale qu'on ne voudra pas nous marchander.

Dr Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le citrate de soude ; son rôle sur les fonctions de l'estomac ; son emploi dans la thérapeutique gastrique.

Sous ce titre (*Thèse de Paris*, 3 novembre 1906), le Dr Lacheny expose et interprète les excellents résultats obtenus chez l'adulte dans les douleurs gastriques, les vomissements et les pituites par l'emploi du citrate sodique. Son intéressant travail, poursuivi dans le laboratoire de M. le Dr Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, emprunte à l'appui de ce maître éminent une exceptionnelle valeur.

« Les douleurs d'estomac, dit M. Lacheny, sont si fréquentes que l'on explique à merveille les tentatives thérapeutiques dirigées contre elles. Attribuées à l'hyperchlorhydrie, elles étaient combattues par les différents alcalins : craie, magnésie, bicarbonate de soude surtout, qui ont donné d'excellents résultats. Mais si ces alcalins calmaient les douleurs, ils entretenaient, excitaient même la sécrétion d'un suc gastrique hyperacide ; d'après M. Hayem. Certains malades, qui voyaient disparaître sous leur influence tous leurs malaises, continuaient à en prendre jusqu'au moment où ils revenaient consulter pour des douleurs d'estomac que le bicarbonate de soude ne calmait plus et qui résistaient longtemps à toute médication.

« C'est pour cela qu'il nous a paru utile d'essayer un autre sel alcalin, le citrate de soude employé pour la première fois en Angleterre par Wright et Poynton et introduit récemment en France par M. Variot, qui a obtenu de si brillants succès contre l'intolérance gastrique des nourrissons.

« Depuis longtemps déjà, M. Mathieu préconise l'emploi du citrate de soude contre les douleurs gastriques. C'est inspiré par lui que nous avons entrepris ce travail. »

Le citrate de soude est un sel blanc très soluble dans l'eau. « *La solution du citrate de soude*, dit le Dr Lacheny, NE SE CONSERVE PAS *et, au bout d'un temps variable*, ELLE PERD SES PROPRIÉTÉS ; il est donc nécessaire d'employer une solution fraîchement préparée. » Et l'auteur ajoute que le mieux serait de se servir de *comprimés*, ce qui permettrait aux malades de préparer leur solution au fur et à mesure de leurs besoins.

La première partie de l'ouvrage du Dr Lacheny contient l'exposé des résultats obtenus par l'emploi du citrate de soude contre les douleurs gastriques que l'on a le plus souvent à combattre, c'est-à-dire les douleurs dites tardives, parce que survenant trois ou quatre heures après les repas. Ces crises de douleurs tardives se terminent souvent par des vomissements alimentaires contre lesquels le citrate de soude est également efficace. Enfin, frappé de cette action antiémétique, le Dr Lacheny a essayé avec un égal succès le citrate sodique contre les pituites matinales et les vomissements pituiteux des alcooliques.

De tous les cas observés, il conclut que le citrate de soude calme très rapidement les douleurs tardives ; même dans les cas les moins favorables, il a amené une amélioration notable dans un très court délai ; contre les vomissements et les pituites, il s'est montré immédiate-

ment curatif. En même temps que les douleurs, ont disparu la sensibilité épigastrique à la pression, et l'hyperesthésie épigastrique au moment des crises de douleurs spontanées.

La dose nécessaire pour calmer chaque crise douloureuse a, suivant l'intensité de la souffrance, varié de 1 à 7 gram. 1/2 ; il a fallu en moyenne de 2 à 4 grammes. Cette dose peut être diminuée au fur et à mesure de l'atténuation des douleurs ; les crises elles-mêmes deviennent de moins en moins fréquentes et la guérison complète demande de 1 à 4 semaines.

Dans les pituites des alcooliques, une dose unique de 1 gr. 1/2, prise au moment des nausées, empêche le vomissement de se produire : si le malade a déjà rendu une gorgée, cette même dose arrête brusquement le vomissement, mais la médication doit être continuée pendant un certain temps pour éviter le retour des accidents.

Tous ces résultats ont été obtenus en dehors d'un régime alimentaire spécial, auquel ils auraient pu être attribués.

Dans la seconde partie de son travail, le Dr Lacheny a cherché à connaître les modifications auxquelles cette double action calmante et antiémétique du citrate de soude pouvait correspondre dans les phénomènes mécaniques et chimiques de l'estomac. Il a constaté que ce sel agissait favorablement sur la motricité de l'estomac, soit directement, soit en diminuant le spasme pylorique; que l'élimination gastrique était augmentée notablement; que la limite inférieure de l'estomac dilaté et atone de ses malades remontait progressivement au point qu'on n'obtenait bientôt plus de clapotage.

L'hypersécrétion, qui existait dans tous les cas avant le traitement, s'était toujours trouvé diminuée à la su te de la médication. Enfin, il a noté des modifications importantes du chimisme gastrique : l'acide chlorhydrique et les chlorures toujours augmentés dans de notables proportions ; le chlore combiné variant peu, mais n'augmentant jamais.

En terminant, le Dr Lacheny cherche à interpréter le mécanisme intime de l'action du citrate de soude. Il montre ce sel se combinant dans l'estomac avec l'HCL libre du suc gastrique pour donner de l'acide citrique et du chlorure de sodium. Mais cette substitution d'un acide organique faible, l'acide citrique, à l'acide chlorhydrique ne lui parait pas suffisante pour expliquer tous les effets calmants, souvent immédiats, du citrate de soude ; et, en raison de l'irritabilité considérable de l'estomac des malades traités, des alcooliques en particulier, il admet, avec son maître, M. Variot, une action sédative spéciale qu'il croit due à la soude. En passant, il compare l'action calmante du citrate sodique à celle de la potion de Rivière et montre que celle-ci doit son efficacité, non pas au dégagement d'acide carbonique naissant, mais à la formation d'un citrate dans le milieu gastrique.

Le point important à retenir de cet intéressant travail, est que *le citrate de soude jouit d'une efficacité remarquable contre les douleurs gastriques, les vomissements qui les terminent souvent, et les pituites des alcooliques.* Nous connaissions déjà les *effets excellents* obtenus par M. Variot contre *l'intolérance gastrique et la dyspepsie des nourrissons*: ainsi s'élargit de jour en jour le champ d'action d'un médicament appelé à rendre les plus grands services aux praticiens.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 2 et du 8 janvier 1907.

Arthritisme et tuberculose.

MM. Poncet et R. Leriche (de Lyon) communiquent à l'Académie un travail tendant à démontrer *que souvent les arthritiques ou prétendus tels ne sont que des tuberculeux.* On connait la conception pathogénique et clinique soutenue par M. Poncet en matière de tuberculose : pour le chirurgien lyonnais, en dehors de la tuberculose classique, caractérisée par la granulation, la cellule géante, le bacille, il existe une autre forme de tuberculose, sans granulation appréciable, tuberculose sans tubercule, que M. Poncet appelle *tuberculose inflammatoire*. Il appuie ce grand type morbide sur la clinique et il y a déjà rangé des affections nombreuses : certaines lésions ostéo-articulaires (rhumatisme tuberculeux), certaines ankyloses spontanées, certaines tumeurs (adénomes du sein, hypertrophies thyroïdiennes), certaines dermatoses, certains lipomes, etc. On le voit, la conception est fort large et son auteur cherche à l'élargir encore en y englobant une bonne partie de ce vieil édifice assez hétérogène qu'on appelle l'arthritisme.

Qu'est-ce, d'abord, que l'arthritisme ? Le mot, créé par les anciens pathologistes pour caractériser des maladies intéressant les articulations, servit à Bazin à désigner un trouble constitutionnel sévissant sur tous les systèmes organiques et se traduisant notamment par des affections cutanées, des fluxions viscérales et des scléroses diverses. C'est la diathèse fluxionnaire et fibreuse par excellence. Pour M. Bouchard, elle relève d'un ralentissement de la nutrition et elle tient dans son cadre tout un groupe de maladies, l'obésité, le diabète, la lithiase, la gravelle, des dyspepsies, l'asthme, etc.

Cette savante synthèse n'a pas, il est vrai, résisté entièrement à l'épreuve du temps. Chaque jour enlève, petit à petit, à la diathèse arthritique ce qu'on y avait accumulé : l'infection revendique une grande part dans la lithiase biliaire, le rhumatisme, le diabète ; on doit détacher, en outre, de l'arthritisme, le diabète pancréatique, les glycosuries secondaires ; l'explication du ralentissement de la nutrition comme origine de l'obésité semble elle-même fort sujette à caution.

Eh bien ! dans ce démembrement de l' « insaisissable diathèse », y a-t-il quelque chose à attribuer à la tuberculose ? M Poncet le pense. A son

avis, nombre de lésions dites arthritiques ne sont que l'expression de tuberculoses locales. Mais il faut s'entendre : il ne s'agit pas de la forme classique grave, plus ou moins rapidement mortelle, de la tuberculose. Il s'agit de la forme décrite par M. Poncet sous le nom d'inflammatoire, d'a-spécifique, qui, d'après cet auteur, ne provoque dans les tissus qu'une réaction banale et bénigne, promptement fibreuse, et représente vis-à-vis de la tuberculose vulgaire ce que la parasyphilis représente vis-à-vis de la syphilis.

Sur le traitement du cancer.

M. Le Dentu intervient dans la discussion ouverte à ce sujet par M. Poirier. D'une statistique portant sur 58 opérations pour cancer du sein, il conclut que l'amputation du sein peut donner de bons résultats bien plus souvent qu'on ne le croit généralement. « L'opinion contraire est malheureusement très répandue dans le public et même dans le corps médical. Trop de médecins, manquant de conviction, déconseillent l'intervention sanglante ou ne la conseillent que très tardivement. Or, sauf pour quelques cas mauvais d'emblée, les chances sérieuses de guérison temporaire prolongée et peut-être de guérison définitive, sont assurés par l'intervention précoce et large ».

Maladies infectieuses et tapis d'Orient.

M. Widal avait signalé dernièrement deux cas mortels de dysentérie contractée,selon toute vraisemblance, au contact de tentures d'origine japonaise.Dans une note présentée par M. Vaillard, M. Remlinger s'attache à établir que les tapis de provenance asiatique sont susceptibles de véhiculer jusque dans nos pays les germes de maladies infectieuses. Le fait, dit-il, n'a rien d'étonnant pour qui connaît les conditions assez spéciales du commerce des tapis d'Orient.Le tapis d Orient n'est, en effet, pour ainsi dire,jamais acheté neuf. Grâce à son incontestable qualité,il ne s'use quasi pas et, au rebours du tapis européen, augmente de valeur en vieillissant. Il se transmet par héritage comme un objet d'art ; il se prête, se loue, se donne en gage, jusqu'au jour où il finit entre les mains d'un « grossiste » qui l'expédie à Paris ou à Londres. Ces pérégrinations et d'autres causes encore particulières à sa préparation l'exposent beaucoup à être contaminé. Aussi, M. Remlinger conseille-t-il avec raison aux amateurs de tapis exotiques de ne les introduire dans leur demeure qu'après une rigoureuse désinfection à l'étuve, qui, loin d'altérer les couleurs, les avive au contraire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *janvier* 1907.

Pustule maligne guérie par la sérothérapie.

MM. Ménétrier et Clunet relatent l'observation d'un malade atteint d'une pustule maligne de la paupière supérieure, qui fut guéri après 8 injections de sérum anticharbonneux de l'Institut Pasteur (à la dose quotidienne de 20 cent. cubes, puis de 10 cent. cubes), traitement complété par cinq injections de teinture d'iode autour de l'orbite (4 cent. cubes, chaque fois, en 12 piqûres).

L'action thérapeutique du sérum anti charbonneux a paru assez manifeste dans ce cas. On pourrait objecter, il est vrai, que bien des pustules malignes guérissent sans thérapeutique, mais il s'agit presque toujours alors de formes bénignes, siégeant sur les membres et ne s'accompagnant pas d'œdème intense.

Pour avoir des chances de réussir, la sérothérapie ne doit pas être appliquée trop tardivement. MM. Ménétrier et Clunet signalent, en effet, un autre cas personnel concernant un malade,piqué au cou par un insecte, qui succomba au 5e jour d'une pustule maligne : l'injection de sérum anti-charbonneux de Marchoux avait pu être faite seulement le matin du 5e jour.

M. Balzer pense que, dans le traitement de la pustule maligne, on pourrait tenter d'associer à la médication iodée les injections intra-veineuses de préparations mercurielles.

P. L.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier : M. le Pr Budin. (Polyclinique.)

Mammites des nouveau-nés.

Dans les jours qui suivent la naissance, il existe habituellement chez les nouveau-nés, filles ou garçons, une poussée, un engorgement mammaire qui, en général, cesse assez vite. Cette tuméfaction, somme toute normale, des seins du petit enfant peut, dans certains cas, prendre des proportions excessives, être douloureuse et nécessiter une intervention thérapeutique — compresses humides, compression ouatée — semblable au traitement que nous mettons en œuvre pour tarir la sécrétion mammaire chez les femmes.

Dans quelques circonstances même, l'engorgement en question revêt un caractère inflammatoire ; il y a galactophorite susceptible d'aller jusqu'à la suppuration, à l'abcès du sein.

Vous verrez donc des enfants de quelques jours qui ont des seins tuméfiés,d'où vous pourrez faire sortir une sécrétion déjà louche ou purulente.Vous aurez à tenir,contre ces galactophorites, une conduite analogue à celle employée contre les galactophorites des nourrices, c'est-à-dire l'expression de la mamelle, dans le but d'amener le pus au dehors par les voies naturelles, et un peu de compression. Il s'ensuit la guérison ; sinon, il se fait des abcès qu'il faut ouvrir, comme chez les femmes qui allaitent.

Je reviens à la poussée mammaire simple des nouveau-nés. Il est assez curieux de voir, aussitôt après la naissance, se produire de tels engorgements des seins. C'est néanmoins un phénomène normal, non seulement dans le sexe féminin, mais aussi dans le sexe masculin. En égard aux relations, aux rapports existant entre les organes génitaux et les mamelles, on s'est demandé si cette fluxion mammaire du nouveau-né ne coïncidait pas avec des altérations des organes génitaux. Eh bien, on a vu parfois, chez des petites filles à la naissance, des pertes de sang par la vulve. D'autre part, de Sinéty, ayant fait des coupes d'ovaires de nouveau-nés, a constaté le développement de vésicules de Graaf, véritable ovulation se traduisant par une saillie sur l'ovaire.

Ainsi, chez les petites filles, il se produit à la naissance un triple phénomène : une montée de lait avec tuméfaction des seins, congestion mammaire, un développement des vésicules de Graaf, et quelquefois un écoulement sanguin par la vulve. Chez les garçons, où la poussée mammaire existe également, on a trouvé aussi des modifications des organes génitaux.

Les galactophorites et les abcès sont des infections greffées sur ces poussées. Il y a là un point de pratique intéressant à connaître.

Le céphalématome.

On désigne sous le nom de céphalématome un épanchement sanguin situé entre le périoste et la surface interne d'un os crânien. La quantité de sang épanché ne dépasse pas, habituellement, 20 à 25 grammes. Le plus volumineux céphalématome que j'aie observé — c'était dans le service du Pr Depaul — renfermait 25 gr. de sang. C'est loin du chiffre donné par les auteurs qui, sans y réfléchir, ont parlé de 240 gr. Si l'on saignait ainsi un nouveau-né de 240 gr., il ne resterait pas une grande quantité de sang dans ses vaisseaux. J'aime mieux admettre que le zéro fut ajouté par l'imprimeur et qu'il s'agit non de 240, mais de 24 grammes.

Le céphalématome siège le plus ordinairement au pariétal. Il peut siéger quelquefois sur l'occipital ou le frontal. Ce n'est d'ailleurs pas une lésion fréquente (un sur 300 accouchements environ.)

Le céphalématome s'observe, en général, à partir du deuxième ou troisième jour. Il commence par un décollement du périoste, peu considérable d'abord, et petit à petit la saillie apparaît. Avec de l'habitude et si l'on y pense, on arrive souvent à le reconnaître avant le 2e ou 3e jour. Pour ma part je l'ai constaté plusieurs fois au moment de la naissance. Le Pr Depaul l'a diagnostiqué au cours du travail, par le toucher. A mon avis, le céphalématome existe plus fréquemment qu'on ne le croyait autrefois, à la naissance.

La localisation particulière de l'épanchement sanguin explique les caractères cliniques du céphalématome et permet de comprendre son diagnostic.

Il s'agit d'un épanchement entre l'os et le périoste. La propriété de ce dernier étant de former de l'os, il se fait à la périphérie de la tumeur principalement (là où les vaisseaux sont plus nombreux), de véritables petites masses osseuses dont la réunion constitue un bourrelet dur et résistant : on perçoit, au toucher ce bourrelet et il semble limiter une dépression, un trou qui n'existe pas en réalité.

A la face profonde du périoste décollé, il y a également néo-formation du tissu osseux, mais en faible quantité. Si l'on n'a pas exercé de pressions sur la tumeur depuis quelques jours, cette fine lamelle osseuse détermine, lorsqu'on appuie sur elle, une petite crépitation que l'on ne retrouve pas, une fois la lamelle brisée. Il ne faut pas confondre cette crépitation avec les autres crépitations susceptibles d'être perçues sur la tête de l'enfant, à la naissance.

Quelles sont les crépitations que le médecin peut constater, au moment de l'accouchement, sur le nouveau-né ?

Il en est de 4 ordres :

La crépitation parcheminée, due à une constitution anormale des os du crâne, dont les parois sont en ce cas minces, parcheminées.

La crépitation osseuse, due aux fractures du crâne, causées par une chute sur la tête, une application de forceps, etc.

La crépitation sanguine du céphalématome, due au sang coagulé. Si vous appuyez sur un céphalématome que l'on n'a pas exploré depuis plusieurs jours, vous pouvez percevoir une petite crépitation neigeuse, qui ne se reproduit pas.

Enfin, la fine crépitation due à la néo-lamelle osseuse du céphalématome dont je parlais tout à l'heure, et qui ne se reproduit pas non plus.

Avec quoi peut-on confondre le céphalématome ; autrement dit, quelles sont les tumeurs de la surface du crâne du nouveau-né ?

Ces tumeurs sont les suivantes :

Les bosses séro-sanguines, d'abord. Elles se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané et cette différence de siège suffit à comprendre leur diagnostic avec le céphalématome.

La bosse séro-sanguine, étant libre dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne tient pas compte des sutures et peut s'étendre par dessus elles. Il n'en est plus de même du céphalématome : il existe quelquefois plusieurs céphalématomes, sur plusieurs os, mais un céphalématome ne se développe jamais que sur un seul os, il ne franchit pas les sutures, il ne passe pas d'un pariétal à l'autre par exemple. Si l'on se représente une coupe transversale des deux pariétaux, on voit, d'une part le périoste à leurs faces externes, et d'autre part la dure-mère à leurs faces internes : périoste et dure-mère sont réunis, confondus, au niveau de la suture inter-pariétale, d'où impossibilité pour le sang collecté sous le périoste, d'aller d'un pariétal à l'autre.

Seconde différence tenant à la coloration : dans le céphalématome, le cuir chevelu a sa coloration normale, l'épanchement étant profond, sous-périosté. Dans la bosse sanguine, le cuir chevelu est noirâtre.

La bosse séro-sanguine, en outre, est une masse molle, *non* fluctuante. Elle est fréquente.

On peut confondre le céphalématome avec les tumeurs de l'encéphale, le méningo-encéphalocèle.

Le méningo-encéphalocèle est réductible, plus ou moins, à la pression. Cette pression et cette réduction produisent des troubles de la respiration, des convulsions, du coma. Le céphalématome n'est pas réductible et la pression à son niveau n'entraîne aucun trouble. Il convient d'ajouter que le méningo-encéphalocèle est très rare.

Autre tumeur à distinguer du céphalématome : les abcès du cuir chevelu. Ils comportent des caractères inflammatoires, douleur, tuméfaction, rougeur, absents dans le céphalématome.

Que devient le céphalématome abandonné à lui-même ? Il se résorbe, mais lentement. Il dure des semaines et des semaines.

On a conseillé, comme traitement de cette lésion, le pansement compressif, la ponction, l'incision.

Le pansement compressif est très difficile à appliquer, là comme sur tous les organes ronds.

La ponction et l'incision offrent des inconvénients. Après elles, la tumeur se reproduit, faisant une nouvelle saignée à l'enfant.

En somme, voilà une tumeur qui ne présente

aucun danger et ne fait courir aucun risque. Dites à la mère que la lésion disparaîtra d'elle-même, au bout d'un temps assez long, il est vrai.

N'y touchez pas !

Importance de la caduque dans les avortements des premiers mois.

Lorsque, dans un avortement des premiers mois, on trouve l'œuf entier expulsé, il ne faut pas croire tout terminé : ce serait s'exposer, en pratique, à des déboires.

Vous avez vu que l'œuf avait deux membranes, l'amnios et le chorion, à la surface duquel se développent les villosités choriales. Celles-ci recouvrent au début la totalité du chorion, puis elles s'atrophient en certains points et s'accroissent à d'autres pour constituer le placenta. Vous avez vu également qu'il y avait une double caduque, utérine et ovulaire. Eh bien, dans les premiers mois, ces caduques sont très épaisses, si bien que, dans l'avortement du début de la grossesse, elles forment une masse d'un certain volume qui doit s'éliminer avec ou après l'œuf. Il est des cas dans lesquels l'œuf sort entier, avec la caduque, d'autres où la caduque est retenue. Prenez garde alors. La femme peut être prise, quelques heures après, de douleurs vives, d'hémorrhagie : c'est la caduque qui était restée et se détache, d'où retour des douleurs, des pertes, et expulsion d'une masse assez volumineuse. Si l'embryon était mort, la caduque est peu vivante et l'infection devient plus facile, plus rapide.

De toutes façons, dans les avortements, des premiers mois surtout, pensez à la caduque. Elle joue un rôle important et il faut y songer après la sortie de l'œuf — que celui-ci ait été expulsé en en un temps ou en deux temps.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

Le professeur Budin, le *Concours* l'a annoncé, a succombé le 23 janvier, après une courte maladie. La leçon ci-dessus reproduite est une des dernières professées par le très regretté maître.

P. L.

PÉDIATRIE

De l'emploi des farines alimentaires dans l'alimentation des jeunes enfants.

Dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux (séance du 18 janvier 1907), le Dr Variot s'est élevé contre « l'emploi habituel et prolongé des farines de conserve, et spécialement des farines au cacao, dans l'alimentation des jeunes enfants. »

« Tous les médecins qui s'occupent de l'alimentation des jeunes enfants, dit l'éminent médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, connaissent les accidents causés par l'usage des farines de conserve, soit qu'on les donne prématurément avant l'époque de la dentition, soit qu'on les substitue entièrement au lait au moment du sevrage. » Ces accidents, scorbut infantile, rachitisme, anémie, sont, en effet, très fréquents lorsqu'on donne à l'enfant une farine lactée préparée à l'eau, surtout dès les premiers mois qui suivent la naissance, sous forme d'une bouillie claire destinée à remplacer le lait. Cette farine diluée et peu nutritive et insuffisante pour le développement normal de l'organisme.

A côté de ces farines se placent les farines au cacao ; celles-ci, très agréables, sont acceptées avec plaisir par la plupart des enfants, mais non par tous, car certains estomacs présentent une véritable intolérance pour ces bouillies au cacao ; il semble se produire une véritable intoxication, rare il est vrai, avec un usage très modéré, mais réelle cependant, ainsi que l'a constaté maint médecin.

Lorsque cette défense de l'estomac ne se produit pas, et que les bouillies au cacao sont données très souvent, presque comme aliment exclusif, il survient des accidents occasionnés par le cacao et mis en lumière par le Dr Variot : « Je crois pouvoir avancer que le cacao, substance riche en graisse, en acide oxalique et en théobromine, a pris une place excessive dans l'alimentation de l'enfance, alors qu'il n'aurait dû être employé que comme un condiment réservé pour des circonstances rares. Les principaux accidents résultant de l'emploi prolongé et habituel des farines au cacao sont : la constipation opiniâtre, la diminution de l'appétit, la nervosité, l'anémie, l'amaigrissement et un certain degré d'hypertrophie à la langue. »

Tous ces accidents ne me semblent pas suffisants pour condamner les farines alimentaires et les exclure de l'alimentation des jeunes enfants; mais ils ne font que mieux ressortir la nécessité d'une alimentation rationnelle avec une farine nutritive, facilement digestible, et très assimilable ; les farines qui répondent à ces desiderata sont les farines de graines céréales.

Les céréales, en effet, représentent le groupe le plus important de tous les végétaux, qui sont les aliments par excellence. Elles renferment tous les éléments primordiaux nécessaires à l'entretien et au développement de l'organisme : hydrates de carbone, substances albuminoïdes, matières grasses, sels minéraux, et des oxydases manganésiennes qui sont des ferments cellulaires dont l'action tonique et minéralisante, admise par Boussingault, a été démontrée par les travaux de tous les physiologistes ; il est prouvé actuellement que les substances minérales ne sont assimilables que lorsqu'elles sont empruntées aux végétaux, tandis que les sels minéraux inorganiques ne sont pas assimilables. Cette combinaison de sels minéraux à la matière organique se trouve surtout realisée dans une grande proportion, dans les graines des céréales.

C'est grâce ces qualités que les graines des céréales constituent un aliment de premier ordre au moment du sevrage, mais pas avant cette époque, le lait devant rester l'élément complet, exclusif, pendant les premiers mois de la vie.

Les inconvénients d'une alimentation peu nutritive d'une part, la richesse nutritive des graines des céréales d'autre part, m'ont conduit à fabriquer une farine composée exclusivement de ces graines, ne devant être préparée qu'au lait, ne pouvant être donnée qu'en bouillie, et ne renfermant pas de cacao. Cette farine, la Blutine, ne comprend pas une seule céréale, mais un mélange de graines de céréales, dans des proportions déterminées après une longue expérimentation, afin d'obtenir une plus grande richesse en principes nutritifs. Cette façon de procéder était nécessaire pour que cette farine réalisât le maximum

de pouvoir nutritif, avec une digestibilité très grande, la composition des diverses graines étant variable au point de vue de la quantité des principes actifs.

Préparée dans ces conditions, avec des graines sélectionnées, stérilisées, la Bluline est éminemment nutritive par ses hydrates de carbone, substances albuminoïdes, matières grasses, éminemment tonique et reminéralisante par ses sels minéraux, oxydases et lécithines végétales.

Et je me fais un devoir, devant les résultats obtenus, de la recommander à mes confrères du « Concours Médical »

Docteur Schwanhard.
Saint-Rémy-sur-Avre (Eure-et-Loir).

HYGIÈNE

L'Eau potable dans l'Habitation

Par le Docteur Foveau de Courmelles

L'épuration des eaux par l'ozone ou par tout autre moyen électrique me préoccupe depuis de longues années. Dès 1886, dans la *Science pour Tous*, je signalai l'action épurante dans l'air de l'oxygène électrisé ou condensé ; j'ai, depuis, retrouvé ces phénomènes de l'ozone atmosphérique lors des épidémies grippales (1889-90) ; depuis encore, je songeai à appliquer l'ozone produit par voie électrique à la conservation des jus de diffusion et à la fabrication du sucre (1892)... Si je rappelle ces faits déjà anciens, c'est pour insister sur l'action bactéricide si puissante de l'ozone, constamment retrouvée et si longtemps négligée.

Dans les applications de l'ozone se trouve aujourd'hui résolu le problème de l'eau potable dans l'habitation. Ces applications se peuvent faire soit à distance, soit à domicile.

Pour l'épuration à distance restreinte — car on est revenu de ces eaux captées au loin, à grands frais, et se contaminant sur leur trajet — l'ozone a aujourd'hui fait ses preuves incontestables et incontestées, tant au point de vue bactéricide absolu que pour la modicité du prix de revient.

Les effluves lumineux, d'origine électrique, dont j'ai si souvent montré la richesse en rayons, chimiques obscurs, violets et ultra-violets, sont aujourd'hui produits à bas prix, et ce sont eux qui donnent le plus facilement, le moins dispendieusement, et le plus abondamment, l'ozone.

Paris ayant eu à souffrir d'eaux potables contagionnées sur leur long parcours—cela est si facile— ayant amené maintes épidémies, essaye en ce moment divers systèmes d'épuration des eaux par l'ozone. J'ai pu en constater les excellents résultats dont j'ai déjà parlé aux Congrès des *Sociétés savantes* (Paris, avril 1905) et de *l'Association française pour l'avancement des sciences* (Lyon, août 1906).

D'ailleurs, à Berlin, Siemens et Halske, dès 1900, avec leurs machines, produisaient l'ozone pour la stérilisation de l'eau de la Sprée. L'eau passait par une première chambre remplie de gravier, arrêtant les matières en suspension, puis, pompée dans une chambre cylindrique pleine de grosses pierres la divisant finement, elle rencontrait dans cet état un courant d'air ozonisé introduit par le bas. On traitait environ 4 mètres cubes à l'heure de mauvaise eau ; il fallait 2 grammes d'ozone par mètre cube, l'ozone coûtant 3 à 4 centimes le gramme.

Depuis, sur un plus grand champ d'expérience, Siemens et Halske, à Wiesbaden, à Paderbron, ozonisent 80 mètres cubes d'air pour stériliser 42 mètres cubes d'eau à l'heure. Pour 125 mètres cubes d'eau à l'heure, il faut 50 chevaux-vapeur, dont 27 pour les ozoniseurs, 22 pour la manœuvre électrique des pompes et le reste pour les ventilateurs fournissant l'air. Le coût est de fr. 0, 0175 par mètre cube d'eau. Il n'y a plus de bactéries, d'après Proskauer et Schüder.

Antérieurement, Tindal avait appliqué l'ozone à diverses eaux infectes de Hollande ; il estimait en 1897, à 3 milligrammes d'ozone la quantité suffisante pour 1 mètre cube d'eau : c'est bien peu et encore son procédé ne s'est-il pas vulgarisé, trop dispendieux sans doute, comparé aux procédés chimiques. Le maniement électrique n'est pas toujours possible, ni sans danger. Ce qu'il fallait trouver — et cela est réalisé — c'est un moyen chimique de production de l'oxygène condensé, un corps réagissant facilement par sa dissolution parfaite dans l'eau et y produisant l'ozone stérilisant. Au voisinage des forces naturelles d'eaux propres ou malpropres ayant un courant, des chutes, des rapides... seront vraisemblablement bientôt applicables les procédés pour la génération peu dispendieuse de l'ozone avec des émulseurs parfaits. Il faut que l'ozone soit produit régulièrement, et non pas par saccades, que par suite, si l'eau ne stagne pas, il n'y ait pas de solutions de continuité dans son contact avec l'ozone, des irrégularités de stérilisation; sinon, inutilité du procédé employé, ainsi rendu illusoire.

Des appareils vraiment pratiques doivent donc produire l'ozone en grande quantité, et le bien mélanger à l'eau, c'est ce qui se fait au Parc Saint-Maur, avec des électrolyseurs déjà étudiés par MM. Ogier et Bonjean (*Comité d'Hygiène Publique* 5 décembre 1904) et dont j'ai pu voir et apprécier le fonctionnement.

Les grands effluveurs à lumière ultra-violette fonctionnant au Parc Saint-Maur, sont à 35.000 volts, avec un ampérage minime, 1.10 d'ampère, et d'après M. Chassy, de Lyon, le voltage est l'élément important ; pas d'ozone jusqu'à 9.000 volts ; progression irrégulière jusqu'à 13. 000: et au-delà, proportionnelle au carré de la différence de potentiel efficace existante entre les armatures, de sorte qu'à 41.000 volts, on avait 9.9 fois autant d'ozone qu'à 13.000. La température aurait aussi son importance (Rideau) et 24 degrés serait l optimum. Nous ferons quelques réserves sur la trop grande importance attribuée au voltage.

L'eau est, ici encore, d'abord filtrée sur les amas classiques de sable et de pierres. Faisons remarquer qu'un filtre n'est nullement éternel ; les villes, établissant des filtres, croient généralement ceux-ci permanents, de durée assez longue; il n'en est rien, et la partie superficielle formée par les premiers dépôts de l'eau filtrée est réellement filtrante au début, puis se casse bientôt et laisse tout passer ; il faut donc une surveillance incessante des filtres pour être vraiment sûr de leur action.

Les matières solides (le calcaire et le sulfate de chaux, le sable, si fréquents en certaines eaux) ou

organiques (plantes ou animaux décomposés en suspension), sont donc retenues. L'eau est alors versée dans le stérilisateur où l'air ozonisé arrive par en bas. Le contact de l'ozone et de l'eau doit être parfait; pour cela, les agitateurs peuvent mélanger le liquide à épurer et le gaz épurant. On peut encore mettre de distance en distance des lames de celluloïd perforées de nombreux petits orifices, et l'on constate alors un bouillonnement énorme dans la masse liquide produit par l'ascension de l'air ozonisé et qui se mélange ainsi, avec dissolution partielle, à l'eau qu'il épure. L'eau qui sort a la belle couleur bleue de l'ozone, et n'a aucune odeur ni saveur. J'y ai goûté et ai pu constater ces propriétés qui sont celles de l'eau potable. (1 gr. 20 d'ozone suffit pour 1.000 litres d'eau, ce qui revient à un centime et demi). L'eau analysée ne contient que quelques bactéries ou même pas du tout. L'épuration dure moitié moins de temps que la filtration.

L'eau ainsi épurée par l'ozone, qui paraît à l'heure actuelle le moyen le plus simple, ou le moins coûteux et le plus sûr, sera amenée chez le consommateur, à la maison. Mais encore faut-il que ce système soit adopté par les villes, et convient-il d'en attendre l'application et de ne rien laisser à l'initiative individuelle ? Ne peut-on, d'ores et déjà, avoir son ozoniseur pour l'eau à boire? Je crois que le système de Frise (Parc Saint-Maur), par exemple, pourrait être de suite construit en miniature et utilisé dans chaque habitation, dans chaque appartement même. On sait qu'à l'heure actuelle les meilleurs filtres exigent des manipulations fréquentes, trop souvent négligées, et qu'il importe de protéger contre eux-mêmes les buveurs d'eau de plus en plus nombreux.

N'existe-t-il pas déjà, pour l'usage thérapeutique, de petits ozoniseurs donnant de l'ozone en très suffisante quantité pour des inhalations répétées avec cependant des voltages plutôt faibles. J'ai même prouvé qu'il n'en fallait pas abuser, qu'on pouvait produire des crachements de sang, que des animaux immergés dans l'air trop ozoné y succombaient avec de la congestion pulmonaire, que l'ozone, augmentant dans l'air ambiant avec l'altitude, pouvait bien être une des causes du mal des montagnes (*Association française pour l'avancement des Sciences*, Saint-Etienne, 1893). On pourrait donc utiliser ces petits appareils avec précaution pour que tout l'ozone produit ne s'échappe pas dans la pièce d'habitation et vienne barboter avec l'eau à épurer. Les émulseurs perforés placés de distance en distance, de petits cylindres réduction du système cité plus haut, pourraient recevoir, sous pression, l'air ozonisé produit par les effluves d'une petite bobine d'induction avec piles au bichromate de potasse (système des ozoniseurs médicaux).

Les administrations urbaines étant souvent lentes à prendre des décisions pour la salubrité — elles doivent d'ailleurs ne décider leurs mesures qu'à bon escient — il convient que les hygiénistes recherchent à la fois des procédés collectifs et individuels, les derniers permettant d'attendre les premiers. C'est pourquoi nous signalerons encore le procédé de M. Dienert, qui consiste à placer du zinc dans l'eau (cinq grammes en grenaille par litre d'eau), ce qui stériliserait, paraît-il, l'eau en quelques heures. Y a-t-il là une action de présence dite catalytique formant aux dépens d'une faible partie de l'eau, de l'hydrogène et de l'oxygène naissant, voire de l'ozone ? C'est possible, même à peu près certain, et en accord avec les faits propres à l'ozone.

Quoi qu'il en soit, la question de l'eau potable dans l'habitation n'a guère progressé en ces dernières années que par les recherches sur l'oxygène condensé et auxquelles j'ai quelque peu contribué. Bientôt les villes, sans grands frais, enverront dans nos demeures, nos écoles, nos établissements publics, de l'eau saine, non de l'eau captée au loin à grands frais, mais de l'eau prise sur place et assainie à des prix modiques, et si ce desideratum est trop long à se réaliser, l'industrie privée y suppléera par les mêmes systèmes, mais réduits, simplifiés, et mis à la portée du public.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Syndicats médicaux sont à refaire !

Dans la détresse où se précipite à grande allure la profession médicale avec le nombre croissant des praticiens et le resserrement consécutif du revenu professionnel, encore menacé par la multiplication des services d'assistance, des assurances et de la mutualité, il est facile de comprendre les tendances actuelles, qui peut-être conduiront à la révolution médicale, presque déjà annoncée par la prochaine réunion des médecins français en véritable *assemblée constituante* avec une sérieuse organisation et le grand espoir de fixer un programme général satisfaisant.

La situation est, paraît-il, des plus urgentes et commanderait la recherche de nouvelles positions d'équilibre, afin de reprendre sur de nouvelles bases la lutte pour l'existence compromise.

Pour en être arrivée à cette nécessité de réagir, la profession médicale était-elle sans moyen de défense et a-t-elle dû accepter cette situation menaçante sans avoir rien fait pour l'éviter ?

La loi Chevandier de 1892 sur l'exercice de la médecine put, grâce aux efforts de M. Trarieux, ancien ministre de la justice, valoir aux médecins le bénéfice de la loi 1884 sur les syndicats: c'était un avantage incontesté certainement, mais un avantage dont le public médical, par défaut d'habitude ou d'examen, n'a pas su tirer suffisamment de bénéfices. Il est vrai de dire que ce même public médical avait bien peu connaissance de ses intérêts généraux et les méconnaissait volontiers ; aussi a peine prit-il le soin d'étudier la valeur de cette arme nouvelle syndicale qui pouvait et devait devenir entre des mains généreuses, intelligentes et décidées, un moyen terrible de sauvegarde professionnelle par la puissance effective et la cohésion qu'elle donnerait à toute une corporation nombreuse aux intérêts spéciaux bien précisés.

Mais cette arme était à double tranchant et de-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

travail ? Je crois bien vous avoir vu répondre plusieurs fois, sur ce sujet, dans la petite correspondance du *Concours*. J'aimerais cependant être encore plus certain qu'il en est ainsi.

Il s'agit d'un domestique (mineur), que j'ai soigné, en juin-juillet 1906, pour une plaie d'un doigt qu'il s'était faite en fauchant (m'a-t-il dit), pour le compte de son patron. Le patron n'a pas donné signe de vie; et le père, à qui j'ai envoyé ma note, se refuse à me payer. Qui est responsable ?

Il va sans dire que s'il ne s'était agi d'un cas *urgent* (hémorrhagie abondante), j'aurais prié le blessé, avant tout examen de m'apporter une invitation de son patron à le soigner. Mais le blessé s'est présenté chez moi tout seul et l'humanité m'interdisait de le renvoyer sans l'avoir pansé.

Réponse.— 1° Il faut voir la thoracentèse, la paracentèse, la ponction d'hydrocèle sous le titre commum « ponctions dans les cavités suivies ou non d'injection. Dix fois la visite »

2° Le blessé dans le cas dont vous parlez est seul responsable de vos honoraires, car soumis au régime antérieur à la loi de 1898 il ne pourra pas prouver une faute du patron mettant en jeu la responsabilité de celui-ci, qui d'ailleurs ne vous met pas en œuvre.

Dr F. de N. *à Concours.*— Installé depuis un an à peine, et lecteur fidèle du *Concours Médical* que vous avez bien voulu m'envoyer contre deux exemplaires de ma thèse, je serais heureux d'avoir votre avis éclairé sur le cas suivant.

J'ai soigné quatre ouvriers dont les patrons sont assurés. L'un est venu seul à mon cabinet, les autres y sont venus la première fois accompagnés de leurs patrons, et dans un cas, je me suis déplacé c'est le patron lui-même qui est venu me chercher.

Pour établir ma note d'honoraires, j'ai appliqué au premier le tarif Dubief et aux autres le tarif courant prétendant qu'en accompagnant son ouvrier chez le médecin ou en venant lui-même chercher ce dernier, le patron de ce fait, faisait choix du praticien.

Voici ce que me répond l'agent de l'assurance : (je cite textuellement).

« Si pour leur permettre l'application d'un tarif plus élevé que le tarif légal, les médecins veulent prendre

Suite page X.

vint même presqu'un danger pour la corporation, en ce sens que, au lieu d'être utilisée comme moyen de combat contre les collectivités acharnées à la division et à la dispersion des intérêts communs, elle devint l'occasion de nouvelles divisions intestines, de nouvelles compétitions ambitieuses, hargneuses, de consécrations de privilèges et fut en dernier terme considérée comme un nouveau tremplin pour les concurrences et les rivalités. toujours en quête d'occasions de se produire.

Là était un obstacle et l'écueil n'a pas pu être évité : l'œuvre des syndicats si pleine d'espérances a été en effet si mal comprise des médecins qu'un grand nombre de ces associations a abouti à un échec désastreux. car c'est à peine si l'on compterait en France quelques groupes actifs à pouvoir réel, arrivés à donner satisfaction à l'ensemble des participants, et cependant les syndicats ont surgi nombreux au lendemain de la loi 1892. Le syndicat à ce moment avait été le brandon agité par tous les indépendants, effrayés de la maigreur du domaine de la médecine, sans cesse rétréci par de nouvelles tendances monopolisantes, et désireux de faire tomber tous les privilèges préjudiciables à la dignité et aux intérêts généraux de la profession. Quelques avantages furent obtenus, mais insignifiants en relation de l'effort donné et du bruit retentissant fait autour du programme souhaité qui devait faire disparaître les injustices et les inégalités !

Une période d'apathie s'en suivit pendant laquelle le titre de syndicat, déchu de sa puissance éphémère. fut le seul survivant de la terrible organisation.

On était, en effet, en droit de supposer que la profession médicale, naturellement éprise par son éducation et son intelligence d'un esprit supérieur de justice, ne se serait pas laissée embourber dans la seule considération des petits côtés des questions et se serait élevée au-dessus du terre à terre, à peine explicable ailleurs, pour donner l'exemple de ce que peut obtenir une société bien conduite, bien armée par le respect qu'elle a su inspirer dans son propre sein et autour d'elle, bien armée par sa droiture et son habileté à faire plier l'égoïsme révoltant devant des intérêts généraux bien définis ; elle aurait valu, par sa cohésion, à chaque membre, la sécurité de se sentir abrité par une égide puissante bien appuyée sur des principes d'égalité et de justice, qui en retour exigeaient des sociétaires le respect d'une déontologie précise, pour faire disparaître jusqu'aux apparences mêmes de conflits possibles entre les unités.

Ainsi constitué, le syndicat avait et conservait la haute main dans toutes les affaires, n'avait aucune chance de voir contrôler son autorité, ni de s'exposer à la moindre accusation de tyrannie : la note impérative devant être de tout ramener à un esprit dominant de justice supérieure.

Mais les syndicats ont vite fait fausse route, victimes de leur isolement et de leur inexpérience ; et si quelques-uns sont en vedette pour leurs résultats heureux, les autres se sont vite endormis dans une profonde inaction et ne paraissent pas devoir sortir de leur léthargie ; aussi a-t-on parlé avec raison dans les journaux de la banqueroute et de la faillite des syndicats, et c'est peut-être encore la raison qui fait le nombre des non syndiqués devenir de plus en plus grand par exemple à Paris, où sur 4000 praticiens inscrits à la Préfecture de police, 1200 à peine, m'a-t-on dit, sont inscrits au Syndicat de la Seine.

Une des causes de cette faillite nous a paru être le manque d'organisation générale, uniforme pour toute la France, au moins nécessaire dès le début pour l'éducation syndicale, entraînant ainsi l'absence d'une haute autorité morale, pour le moins, en tête de l'organisation : la multiplicité de ces syndicats permettant de faire des groupes trop restreints, trop indépendants et de laisser poindre les intérêts individuels, éloigna trop de l'idée générale, en donnant aux cabales et aux coteries l'occasion de s'exercer ; à cela s'ajoutèrent la négligence et le manque d'étude préalable des questions, qui conduisirent vite à l'incompétence et alors la réunion trop locale laissa la camaraderie des uns en face de l'absence de camaraderie des autres, le plus souvent confondue avec un sentiment moins généreux, constituer un ensemble désavantageux usant la valeur du syndicat et faisant emporter les votes par des éléments étrangers aux intérêts généraux et aux droits de rigoureuse égalité.

Une hiérarchie syndicale supérieure par degré (syndicat départemental, fédération régionale des syndicats départementaux fédération nationale des syndicats régionaux), très versée dans les questions professionnelles, établie en sorte de tribunal d'arbitrage et d'homologation. indiquant et assurant l'uniformité des grandes lignes des programmes, aurait rendu impossible tout retard, toute négligence, aurait prêché l'exemple par une activité toujours en éveil et aurait apporté des solutions convenables aux intérêts de tous ; mais tout cela supposait une discipline à laquelle les médecins sont réfractaires, un travail, une attention prolongée, une connaissance étudiée des intérêts généraux et un sentiment de complaisance réciproque pour ne pas laisser place aux surprises d'une cabale possible.

Chaque question. étudiée dans un rapport préalable, sans aucune prétention académique, devrait être une mise au point utile, distribuée aux différents sociétaires en vue de la discussion sage, mûrie, toujours courtoise, et les séances bien tenues, avec des tours de paroles bien respectés, auraient écarté la possibilité de voir la discussion dégénérer en tumulte désavantageux et même désastreux pour les conclusions.

Le médecin, par tempérament et par éducation, se renferme dans un égoïsme particulier au point de vue professionnel ; il dépense toute sa générosité envers ses malades et vit le plus souvent en isolé dans la foule de ses confrères ; longtemps il a vécu, n'ayant d'autre préoccupation que celle de ses devoirs, de ses intérêts particuliers, sans jamais avoir à s'occuper de la grande famille médicale à qui un monopole intangible semblait assurer une durable existence.

Le réveil en paraît pénible et d'autant plus difficile, d'autant plus désagréable, qu'il faudrait avant tout exiger de quelques-uns, pour rétablir les principes généraux de juste égalité, l'abandon de privilèges, de monopoles, de tous avantages obtenus par intrigue ou consentis aux pouvoirs publics, aux compagnies, aux collectivités pour obtenir en retour exclusivement le service des malades. Donc il faudrait, avant tout et en un mot, bannir l'exclusivisme sous toutes ses formes, avec ses tendances stérilisantes, et admettre

tout le monde sur le même pied, à égalité de charge et de diptôme. Ce serait une table rase, nouvelle, une réduction au zéro égalitaire, comme point de départ d'une nouvelle organisation, sous le régime des syndicats bien compris, avec l'impossibilité de revenir aux anciens errements.

Il est facile de voir où se sont rencontrés les premiers partisans des syndicats ; ils ont été évidemment les indépendants d'alors, désireux d'augmenter la trop petite portion du patrimoine médical resté dans le domaine général, et surtout très préoccupés de la sauvegarder contre de nouvelles tendances de monopolisation.

Les syndicats manquèrent de savoir faire, d'énergie ou de pouvoir ; la situation ancienne resta la même ou s'aggrava, et devant l'inertie ou l'impuissance des assemblées syndicales, ceux mêmes pour lesquels elles n'étaient pas faites et qu'elles devaient combattre, s'introduisirent dans leur sein : aussi sont-elles maintenant peuplées de médecins des hôpitaux de province, de médecins d'assurances, de sociétés de secours mutuels, de collectivités de toutes sortes, de bureaux de bienfaisance, d'inspecteurs de toute espèce de services publics, etc., etc., acharnés à ne rien abandonner et soucieux d'une seule chose, c'est de faire consacrer leurs privilèges par les suffrages de l'assemblée réunie.

Dans les réunions, on s'échauffe volontiers pour parler de relever les prix des forfaits, les prix des visites et consultations aux Sociétés de secours mutuels, de relever les honoraires pour les accidents du travail, de demander des honoraires pour les médecins des hôpitaux pour les accidentés du travail, mais jamais il n'est question d'abandon de privilèges et de monopoles, de la liberté absolue du malade de choisir son médecin, jamais il n'est question de régler le service des hôpitaux de façon à faire admettre tous les médecins désireux d'y concourir par un roulement établi entre tous, etc., etc. Oh non ! tous ces privilèges constituent un ensemble de droits acquis, à des syndiqués pour la plupart, par la seule intrigue, aux dépens de la généralité ; ces droits acquis sont intangibles, doivent être respectés, bien que peu respectables, et quelquefois, triomphe de l'ironie, à l'encontre de toute logique et de toute vraisemblance, reçoivent la consécration officielle des votes de ceux-mêmes qui n'y ont aucun intérêt et auraient au contraire tous droits et avantages à faire tomber ces situations privilégiées ! !

Croyez-vous qu'il ne serait pas plus intéressant de s'occuper d'abord des intérêts communs à tous, de faire par exemple une levée de boucliers générale pour la confection moins élastique de la liste des assistés dans les communes, afin d'amener ces mêmes communes à prévoir au budget une dépense en relations avec les besoins possibles ? Serait-ce un mal d'obtenir que cette liste établie soit affichée dans les salles de la mairie, en permanence, à la portée de ceux qui voudraient y jeter un regard curieux et intéressé ? Voilà tout trouvé un moyen d'éviter que l'assistance médicale gratuite soit une prime payée à la gourmandise, à l'imprévoyance, et à l'oisiveté !!

La fréquentation des consultations gratuites libres, de celles des hôpitaux ou des bureaux de bienfaisance par les non-indigents ne devraient elles pas être également l'objet d'une réglementation sévère locale syndicale ? Ces consultations devraient être réservées aux seules personnes dénuées de ressources, sur témoignage officiel des charges établies par le livret de famille, la dernière quittance de loyer et le billet des contributions directes ; mais au contraire elles sont largement ouvertes et s'y engouffre une bonne partie de la clientèle pouvant payer, celle qui sait étouffer son amour-propre et chercher un bénéficie partout où il peut se rencontrer. Peu à peu ces institutions très humanitaires ont perdu leur caractère primitif et ont acquis la réputation d'être également ouvertes à toutes personnes qui veulent bien s'y adresser, sans distinction de positions sociales et de ressources familiales.

Une police faite par le syndicat y mettrait bon ordre et rendrait à la clientèle de chacun bon nombre de gens qui se dérobent.

A Paris, le mal est grand, très difficile à atteindre, mais en province la surveillance est plus facile et l'exemple cette fois peut venir de la province.

Les médecins enx-mêmes ont été les premiers à créer cette situation et à l'heure actuelle, ils risquent d'en mourir.

Le Congrès des praticiens apportera-t-il un remède ? peut-être.

Cette formation, en dehors des syndicats, mais à laquelle ils sont conviés, parait être animée des meilleures intentions puisque, en tête de son programme elle place la question de la liberté du choix du médecin.

On doit espérer que l'étude théorique ne sera pas le seul objet des préoccupations des congressistes, que les moyens de faire entrer les décisions dans l'usage de la pratique journalière des sinistres et des mutualistes ne seront pas oubliés ni négligés. Il le faut : on en jugera par les deux lettres que je joins à celle-ci.

Le moyen de remuer les masses indolentes et passives des mutualistes malades et ouvriers accidentés, où est-il ? L'affichage ? Mais ce n'est pas lui. Les conférences ? autant en emporte le vent ! Des poursuites ? Ah ! oui ! cela, mais les éléments d'une action en justice sont difficiles à rassembler et comportent des ennuis : c'est œuvre essentiellement syndicale.

En résumé, l'état actuel de souffrance de la profession médicale est résultante d'une longue situation pénible à travers les temps, en grande partie créée par des praticiens avantagés aux dépens des autres ; cette situation ne peut-être modifiée que par la majorité des médecins, eux-mêmes guidés dans leur inexpérience, réveillés de leur apathie par un noyau d'hommes d'action ; elle ne peut pas être modifiée en un jour par le seul fait d'une décision prise en commun dans l'ivresse d'un moment de générosité que l'on ne se rappellera plus le lendemain ; il faudra l'action quotidienne, l'action monotone, souvent répétée, insignifiante en elle-même dans son isolement, mais devenant force agissante et puissante par le fait de répétition multipliée et par la volonté opiniâtre de ceux qui sont animés des meilleures intentions.

Mais, pour commencer, pour tracer le chemin, pour distribuer le travail, il faut une organisation première.

La parole est au Congrès des praticiens. Attendons !

Dr X.,
« Correspondant » du *Concours*,
dans un département de l'Ouest.

Ci-dessous mes deux lettres de confrères.

Accident (Tramways)

Dans les premiers jours de janvier 1907, un jeune enfant est heurté par un tramway électrique ; l'enfant est projeté à terre et il en résulte des contusions multiples. Je reçois, quelques jours après l'accident, la visite du père de l'enfant, ouvrier sans travail et, par suite, dans la misère, qui me demande de donner des soins à son enfant. Je lui conseille de se rendre, accompagné de deux des témoins de l'accident, près du Directeur de la Cie des tramways et de lui demander que son enfant reçoive, aux frais de la Cie, les soins nécessités par les suites du traumatisme qu'il a subi. Le Directeur reconnaît la légitimité de la demande de cet ouvrier, sauf en ce qui concerne le choix qu'il désire faire de son médecin et il lui déclare que son enfant ne peut être examiné et soigné que par le médecin de la Cie d'Assurances.

Cet ouvrier est venu me faire part de cette obligation qui lui avait été imposée par le Directeur; je ne l'ai plus revu depuis.

Accident du travail.

Le 1er décembre 1906 un ouvrier fait une chute dans un chantier où il travaille ; il se plaint de ressentir une vive douleur dans le côté gauche du thorax et il déclare à son patron qu'il ne peut pas continuer son travail. Ce dernier lui répond qu'il n'est pas blessé au point de ne plus pouvoir travailler et il lui refuse un bulletin pour consultation médicale. Cet ouvrier qui me connaît très bien vient me trouver et me prie de l'examiner ; je lui trouve une fracture aussi nette que possible d'une côte (côté gauche), et je lui délivre un certificat où je note le traumatisme qu'il a subi ; il me promet, en me quittant, de venir me trouver pour se faire soigner quand il aura obtenu de son patron le bulletin mentionnant les circonstances de l'accident.

Le patron fait le jour même accompagner par son contre-maître l'ouvrier blessé chez le médecin de la Cie d'Assurances. Je n'ai plus revu cet ouvrier ; c'est sa femme qui, rencontrée par hasard, m'a donné le renseignement que je relate.

N. D. L. R. — A la dernière assemblée générale du *Concours*, dans les conversations de couloirs, nous avions été pressés de faire campagne pour la réforme des Syndicats médicaux, dans le sens qui vient d'être indiqué, et nos interlocuteurs ajoutaient : « Le résultat obtenu par le Syndicat « de l'arrondissement de Versailles vous en fait « un devoir. »

Nous allions entrer dans cette voie, quand d'autres confrères sont venus nous dire : « Attendez, attendez un peu, afin de ne pas tuer certains « de nos syndicats par une scission radicale à la « veille du Congrès des Praticiens. »

Par esprit de discipline et de conciliation, nous sommes restés l'arme au pied. Mais l'agitation s'organise d'elle-même et nous entraîne, réclamant notre avis, notre appui, dénonçant clairement le vice de notre bâtarde organisation syndicale.

Il nous faut marcher avec la vérité qui marche.

On nous donne rendez-vous précisément au *Congrès des Praticiens*, parce qu'il a mis à son ordre du jour, le libre choix du médecin, et que là doit être la base des vrais syndicats. Nous serons au poste qu'on nous assigne, uniquement préoccupés, comme toujours, de dire aux aspirations particulières comment elles peuvent et doivent, sous la tutelle du pacte syndical, s'incliner devant l'intérêt public, qui est aussi celui de la corporation tout entière.

Et dès aujourd'hui, nous donnons la parole, dans ce sens, au fondateur d'un Syndicat qui méritera son nom.

Pont-l'Abbé-Picauville, le 31 janvier 1907.

Mon cher Confrère,

Comme vous avez pu le constater, la réunion de Coutances, où vous êtes venu prêcher la bonne cause au point de vue de la confraternité et la solidarité professionnelle, a porté ses fruits. Les médecins de Coutances se sont groupés en syndicat, et à Valognes nous avons également suivi le bon exemple, puisque sur 23 médecins exerçant dans l'arrondissement, 19 ont adhéré à nos statuts établis sur le modèle de Seine-et-Oise, et les quatre dissidents ne nous feront peut-être pas trop d'opposition.

Mes confrères ont voulu faire imprimer la petite allocution que j'ai prononcée à notre première réunion ; je vous en envoie un exemplaire et je le fais d'autant plus volontiers, que je sais que les idées que j'y exprime sont les vôtres, elles m'ont d'ailleurs été inspirées pour la plupart par la lecture de votre journal si dévoué à la cause professionnelle et dont je suis un vieil abonné.

Bien à vous cordialement.

Dr B. Viel.

Allocution du Président à la fondation du Syndicat de Valognes.

Mes chers Confrères,

Avant de commencer la séance de la première réunion de notre nouvelle Société, je crois qu'il est de notre devoir de rendre à l'ancienne Association des médecins de Valognes, fondée il y a plus de 40 ans, la justice qui lui est due, de lui rendre ce témoignage qu'elle a rempli pendant de longues années, et cela au plus grand avantage de la Corporation, le but qu'elle s'était proposé, et n'a pas fait œuvre vaine ; — que cette œuvre, nous ne voulons ni la détruire, ni l'abandonner, mais la continuer.

Que tous ceux de ses anciens membres qui, à un titre quelconque, lui ont prêté particulièrement leur concours et se sont dévoués à l'intérêt professionnel, veuillent bien recevoir l'expression de notre sincère et profonde gratitude.

Il ne vous paraîtra peut-être pas inutile que je rappelle encore une fois à tous, et surtout à ceux de nos confrères qui n'ont pas assisté à nos réunions préparatoires en vue de la constitution de notre nouvelle Société, que, si nous avons adopté la forme syndicale, ce n'est pas par pur caprice, par simple désir de changement, mais que ce changement nous a été imposé par les circonstances et la différence qu'il y a maintenant, et

qui ne fera que s'accentuer à l'avenir, dans nos rapports professionnels avec notre clientèle, comparativement à ce qu'ils étaient par le passé.

Autrefois, les Médecins n'avaient affaire, à quelques exceptions près, qu'à des clients individuels avec lesquels ils s'arrangeaient selon les habitudes locales et pour ainsi dire comme ils voulaient. Ils pouvaient, à la rigueur, vivre isolés de leurs confrères ; aujourd'hui, ils ne le peuvent plus, sinon à notre grand détriment et à celui de la profession.

La clientèle tend, en effet, de plus en plus, à se présenter à nous sous la forme collective, surtout dans la fixation et le règlement de nos honoraires (Assistance médicale, Hôpitaux, Sociétés de Secours mutuels, d'assurances, etc.). Et en face de cette union d'intérêts contraires aux nôtres, de ces collectivités dont les exigences sont de plus en plus nombreuses et onéreuses pour le corps médical, il est de toute nécessité de nous défendre avec plus d'entente, avec plus de cohésion que par le passé. Or, le syndicat, avec sa discipline plus sévère, ses règlements draconiens même, nous a paru la meilleure forme à donner à notre groupement en l'état actuel des choses.

Une Société constituée comme l'ancienne Association des Médecins de Valognes, avec ses règlements imprécis, son trop vaste programme, puisqu'on pouvait s'y occuper même de questions scientifiques, n'aurait plus rempli notre but. Il devient nécessaire de se spécialiser même dans nos sociétés médicales, ainsi que l'a très bien dit le Dr Noir, et à l'avenir il devrait y avoir des Sociétés Médicales scientifiques, non fermées, mais ouvertes à toutes les opinions ; elles sont à créer dans notre région. Il devra y avoir des Sociétés Médicales de bienfaisance et de Secours Mutuels : c'est là la fonction avant tout de notre Association départementale. Il doit y avoir enfin des Sociétés uniquement préoccupées de la défense de nos intérêts professionnels : c'est là le rôle du Syndicat.

Voilà donc le motif principal pour lequel nous avons préféré cette forme d'association.

Nous l'avons choisie encore, parce qu'elle nous met à l'abri d'une loi parfaitement définie, malheureusement restrictive pour nous, puisqu'elle nous interdit (jusqu'à nouvel ordre, il faut l'espérer) de nous liguer contre l'État, le Département et les Communes qui peuvent cependant quelquefois abuser de nous, et que, de la sorte, notre société est plus indépendante, moins exposée au caprice et a l'arbitraire de l'Administration, dans le cas où elle nous deviendrait hostile, puisqu'elle n'a pas à nous donner son approbation, ni ne peut nous dissoudre, si nous restons fidèles observateurs de la loi.

Nous l'avons choisie enfin, parce que nos confrères des arrondissements voisins (Coutances, Saint-Lo, Avranches, en attendant les autres, et de la région : Caen, etc.), se sont groupés sous cette forme syndicale, et que si l'utilité de petits syndicats n'est pas douteuse en vue de la discussion et la défense d'intérets locaux variables d'un arrondissement à un autre, l'établissement d'une fédération, d'une union de ces syndicats voisins, ne sera pas moins avantageuse pour la discussion et la défense d'intérêts corporatifs généraux. Mais elle ne saurait, cette Fédération, vraiment produire tout son effet utile que si nos Societés ont des règlements et des statuts à peu près similaires.

Notre but, mes chers Confrères, il est suffisamment développé dans nos statuts. Je puis vous le préciser encore en quelques mots : nous aspirons à vivre, nous voulons vivre de notre profession et en vivre dignement et honorablement.

Et cela, nous ne pouvons le faire qu'en maintenant les droits que nous donnent les longs sacrifices de temps, d'argent et de travail que nous avons consacrés à notre éducation professionnelle, de retirer de l'exercice de notre profession, la juste, l'équitable rémunération qui lui est due — en adaptant, par conséquent, nos tarifs d'honoraires aux conditions économiques courantes, en les relevant chaque fois qu'il sera besoin, et actuellement la nécessité de le faire me paraît s'imposer.

Nous ne pouvons vivre avec dignité qu'en entretenant entre nous des rapports de bonne confraternité, cordiaux aussi souvent que possible, toujours corrects et courtois tout au moins : et il va de soi que ces bons rapports ne sauraient exister, si nous n'apportons pas la plus grande loyauté dans la concurrence que nous sommes obligés de nous faire, si nous ne nous mettons pas, à l'avenir, sur un pied d'égalité absolue vis-à-vis les uns des autres. C'est dire que, *partisans convaincus de la liberté de confiance, c'est-à-dire du droit de tout malade au libre choix de son médecin, nous serons hostiles à toute situation privilégiée non motivée, à tout monopole professionnel dû à l'intrigue ou au favoritisme, et qu'en fait d'inégalité, il ne doit désormais exister entre nous que celle qui résulte de la force des choses, c'est-à-dire de notre savoir, de nos qualités et aptitudes professionnelles particulières à chacun de nous est forcément variable.*

Nous ne pouvons vivre honorablement enfin, qu'en sauvegardant, partout et toujours, et contre n'importe qui, notre indépendance ; c'est dire que nous serons opposés à toute tentative de faire de nous des fonctionnaires, ce qui aboutirait à brève échéance à l'avilissement et l'asservissement de notre profession.

Et en poursuivant ces divers buts éminemment importants pour nous, nous croyons de plus servir l'intérêt général bien compris. En effet, le public, et j'entends le public honnête, celui qui ne cherche pas à nous exploiter, n'a ni intérêt à ce que nous soyons divisés et frères ennemis, quand, si souvent, notre concours et notre aide mutuels lui sont nécessaires, ni même à ce que nous soyons besogneux et n'ayons pas cette liberté d'esprit, cette sérénité d'âme si indispensables à l'exercice de notre ministère, et que nous perdons bien vite lorsque la gêne est à notre foyer et que le souci trop pressant du lendemain accapare et absorbe notre pensée entière.

L'Administration elle-même ne saurait prendre ombrage de notre entente commune quand elle peut l'utiliser en de multiples circonstances en vue des services publics, et quand elle sait que le concours de quelques médecins seulement lui sera toujours insuffisant, que celui de tous les confrères est désirable, et sera, je dirais bien, de plus en plus nécessaire à l'avenir. Elle ne saurait s'offusquer davantage de notre indépendance, quand cette indépendance est la condition nécessaire, indispensable, de la libre manifestation

de notre opinion et, par conséquent, de l'utilité et de la valeur de nos avis et de nos conseils.

En un mot (et l'on peut se rassurer en dehors de cette enceinte), nous ne voulons pas fonder un syndicat d'exploitation; son rôle sera purement défensif. Jamais, d'ailleurs, les médecins n'ont été gens d affaires ni d'argent, mais si nous avons toujours été et si nous entendons rester avant tout des hommes d'honneur et de dévouement, nous devons cesser d'être « taillables et corvéables » à merci.

Je n'ai plus que quelques mots à vous dire de nos moyens d'arriver à nos fins. Ils résident dans ce règlement intérieur que nous avons établi, dans ses règles sévères que nous nous sommes imposées volontairement et sans aucun sacrifice pour ma part, car s'interdire de faire le mal n'a jamais été à mon sens, diminuer sa liberté, mais plutôt l'augmenter pour ainsi dire, celle-ci n'étant utile et désirable qu'en vue du bien ; car subordonner son opinion personnelle à celle de ses confrères et s'incliner à l'occasion devant l'avis général, c'est quelquefois, c'est le plus souvent, le meilleur moyen de ne pas se tromper et d'éviter de commettre une maladresse ou une bévue.

Ces moyens résident encore dans notre résolution de rester unis et solidaires, et de ne jamais nous risquer à vouloir marcher isolément.

Ils résident dans l'action efficace que pourra exercer notre Fédération de syndicats qui va se constituer prochainement, il faut l'espérer.

Mais, avant tout, ils consistent dans votre volonté formelle de vous occuper vous-mêmes de vos propres affaires, d'assister par conséquent régulièrement à nos réunions, de ne jamais vous désintéresser de vos propres intérêts, qu'il serait déplorable d'abandonner, je tiens à vous le dire, à l'action seule et à la direction de votre bureau.

Ce dernier ne doit avoir d'autre rôle que de vous représenter et vous servir d'interprète et de porte-parole, chaque fois qu'il sera besoin. Il vous promet tout son zèle et tout son dévouement à la défense de nos intérêts communs, mais il entend toujours rester d'une façon absolue et constante en contact avec vous tous et vos propres idées. Il ne prendra aucune décision grave sans votre assentiment. Nous ne voulons point gouverner, mais simplement exécuter vos volontés, appliquer strictement, mais avec équité et impartialité, vos règlements et poursuivre avec vous la réalisation des améliorations que nous désirons tous pour notre condition professionnelle.

Je termine, mes chers Confrères, en vous disant que notre Syndicat sera utile et prospère dans la mesure de notre bonne volonté, de notre activité, de notre solidarité et de notre parfaite entente. Je suis convaincu que nous pouvons beaucoup si nous le voulons : eh bien, sachons vouloir.

B. Viel.

5 décembre 1906.

Fonctionnarisme et libre choix

Quand nous allons, ici ou là, dans des groupements médicaux retardataires comme il en existe encore trop, on répond parfois d'un imperceptible haussement d'épaules si nous enfourchons notre grand dada du « Libre choix du médecin » et de la « suppression des monopoles surannés ».

J'avais beau dire, l'autre jour, à un de nos plus aimables confrères qui passe largement la soixantaine, que les indigents, les assurés, les mutualistes, tenaient beaucoup à cette liberté de confiance, qu'on l'a vait même vue figurer dans des revendications de grévistes, etc... ; il s'acharnait à me répéter ce compliment :

« Bah, je vous dis que c'est Noir, Diverneresse et vous, qui avez fait et lancé cette trouvaille, excellente, d'ailleurs, mais pour le siècle prochain. »

Or, voilà que, le soir même, je recevais l'article suivant découpé dans un journal corporatif, le « *Professionnel des postes* ».

Mon aimable interlocuteur me permettra de le lui servir au naturel, afin qu'il voie comment on parle de ces choses-là dans les groupements où les médecins ne fréquentent pas assez pour être renseignés exactement.

Pages Acerbes

Les Médecins Assermentés

Au Congrès de 1904, la 7e Commission qui eut à s'occuper des médecins assermentés, vota leur maintien, contrairement à certains vœux déposés par des groupes qui en réclamaient la suppression. Les conclusions de la commission furent adoptées par l'Assemblée.

En 1905, nulle objection ne fut soulevée sur ce sujet, qui ne fut pas même effleuré ; mais au dernier Congrès de 1906, grâce à l'initiative de certains groupes, est revenue sur le tapis cette question qui était désormais suffisamment mûrie pour être discutée en connaissance de cause et devait se solutionner par une décision ferme du Congrès dernier.

L'article 4.612 de l'Instruction générale précise le cas où les docteurs assermentés doivent être utilisés:

« Si le congé motivé par maladie est demandé pour déplacement, le certificat doit être délivré par le médecin de l'administration ou par le médecin assermenté désigné par le préfet (arrêté ministériel du 25 avril 1854, art. 6).

« Les chefs de service sont autorisés à exiger la production de certificats émanant de médecins assermentés dans tous les cas où ils estiment cette mesure utile pour découvrir et empêcher des abus.

Que sont donc les médecins assermentés ? Des morticoles, avec grade de docteur ni plus ni moins, pourvus des mêmes titres que le commun des mortels... médecins, mais peut-être plus ambitieux que les autres confrères. Ils s'attachent avec un petit air de suffisant — qui fait bien sur la plaque de cuivre, ou sur les cartes de visite — à ce qualificatif d'*assermenté* qui peut impressionner la future clientèle et l'amorcer, mais n'est nullement un brevet de capacité, à moins qu'il ne soit un brevet d'orgueil. C'est en tout cas une réclame qui peut attirer des patients, et c'est là le seul but qu'ont envisagé et poursuivi les détenteurs de ce petit titre officiel. Bien des agents s'adressent à eux, pour n'avoir pas à faire légaliser le certificat de médecin ordinaire à chaque congé de maladie. Ils amènent avec eux leur famille inévitablement, c'est donc bien une clientèle forcée que s'attire l'assermenté.

Assurément, les docteurs qui, par leur réputation — la meilleure des réclames — sont assurés de nombreuses visites, n'ont pas besoin d'augmenter le chiffre raisonnable de leurs consultations ; mais ceux qui attendent avec anxiété dans la solitude d'un cabinet désert, rechercheront le client par tous les moyens. Une place d'assermenté devient-elle vacante, aussitôt on assiège la Préfecture, le Préfet ou la Préfète, directement ou par des détours : on se sert de la *politique*, on se réclame de convictions avancées, d'affiliation à un groupement d'avant-garde, on use d'influences occultes, d'amitiés puissantes, on sollicite à couvert, on fait agir par des tiers mieux placés, on manœuvre avec habileté et

plus ou moins correctement, sans trop se soucier si la dignité personnelle subit une atteinte ou une salissure, enfin on atteint au résultat : un petit os a ronger.

La valeur intrinsèque de l'homme ne servit en rien pour l'obtention du titre tant convoité et disputé par plusieurs; seule parfois la bassesse aida à la conclusion, Et, du soir au lendemain, la clientèle augmente et les affaires s'améliorent, car l'assermenté très pratique tire profit et bénéficie de sa nomination préfectorale. Pour rehausser son prestige, se mettre en valeur et se distinguer des autres confrères, il impose aussitôt pour ses consultations officielles le tarif peu démocratique des grands professeurs de facultés, sans s'occuper que sa clientèle fait partie du prolétariat administratif. Un écu ou pour le moins 3 francs fera le prix de quatre lignes griffonnées sur un bout de papier, alors que d'autres plus humains, ne voulant pas exploiter des situations pénibles, se contentent de 2 francs pour honoraires. Mais noblesse oblige.

De ce jour, le docteur assermenté, malgré ses airs d'indépendance, n'est plus entièrement libre ; un fil est à sa patte, il appartient un peu à la Préfecture à qui il doit de la reconnaissance, et à l'administration qui lui accordera sa confiance. Je préfèrerais qu'il ait la nôtre, disait très spirituellement au congrès, Canaveli qui protesta avec énergie contre ces docteurs qui se font les plats valets des receveurs ou des directeurs. Et Lautrain (de Marseille), appuyant son camarade du même bureau, faisait remarquer judicieusement que les médecins se trouvaient placés entre leur conscience médicale et l'ordre qu'ils reçoivent souvent de l'administration à la saison estivale, d'être sévères envers les agents et parcimonieux dans la distribution des congés de maladie.

La conscience d'un docteur ordinaire suffit et ne devrait pas être mise en suspicion. Un médecin, disait Lagniel de Rouen, est un homme d'une notoriété suffisante pour qu'on ne puisse pas mettre en doute sa sincérité.

D'ailleurs, peut-elle être mise effectivement en doute ? Que par exemple le docteur Fémur, médecin de la famille, vous octroie dix jours pour un congé qui ne soit pas d'une nécessite absolue, et que l'administration trouve abusif, le docteur Diafoirus assermenté, pris comme arbitre, aura-t-il l'audace d'aller contre son confrère ? Et entre l'entité anonyme et négligeable de l'administration et son condisciple de Faculté, hésitera-t-il un instant ? Non.

Par contre, si ce même docteur Diafoirus, un de vos amis, ou ancien docteur de votre famille, veut vous accorder tous les ans un congé non indispensable pour aller aux eaux, qui osera mettre en doute sa décision puisque tout doit s'incliner devant lui, même l'Administration, parce qu'il est le juge en dernier ressort, le docteur suprême.

C'est démontrer clairement l'inanité de ces visites et contre visites, la superfluité de l'assermentation.

Je relève dans le rapport sur le service médical cette phrase : Nous ne saurions trop insister pour que l'administratton laisse au corps médical son entière liberté, ens'abstenant envers lui de toute pression directe ou indirecte.

J'estime que l'Administration n'a rien à voir dans cette question là qui est uniquement du ressort du corps médical. C'est à lui qu'il appartient de s'affranchir de ces pressions humiliantes qui compromettent sa liberté et portent atteinte à sa dignité. Les docteurs ont organisé des syndicats professionnels ou ils peuvent étudier et approfondir ce sujet et étudier ce qu'il leur convient de faire. Beaucoup sont partisans de se débarrasser de l'assermentation qu'ils critiquent en tant que monopole; mais il leur faut compter avec la susceptibilité de ceux qui détiennent le gâteau, que dis-je, la petite sinécure officielle, ou mieux la titularisation préfectorale.

Le Congrès a demandé textuellement que l'assermentation conférée, grâce à des relations personnelles et non par des diplomes supérieurs — assermentation qui donne le monopole de la plupart des certificats médicaux administratifs—soit supprimée, comme étant un privilège exorbitant.

Sur ce point nous aurons l'approbation de la majorité des docteurs.

Le personnel est surtout blessé sur ce sujet d'assermentation, lorsqu'on le contraint d'aller se faire visiter par X, et non par Y. ou Z, Notre dignité est lésée et notre liberté violée. Ainsi que le disait Lagniel ; Il nous parait abusif que l'Administration nous oblige à consulter un médecin que certains motifs personnels — en dehors de toute question médicale — peuvent faire qu'il nous est désagréable de le voir pénétrer chez nous. Et moi j'ajoute dépassant la pensée de Lagniel, même pour des motifs de question médicale, car le doctorat n'implique pas la confiance aveugle, absolue, illimitée et l'infaillibilité complète.

Chacun de nous choisit son docteur à sa guise, suivant des recommandations ou des sympathies naturelles ; mais ce docteur choisi ne servira qu'à nous conseiller, nous donner des soins, rédiger des ordonnances, il ne pourra pas de sa propre autorité, sans contestation. et parfois sans contre-visite, décider qu'un congé de maladie est utile, qu'une convalescence aurait intérêt à être continuée à la campagne, ou à la montagne, enfin qu'une cure thermale est nécessaire pour entraver une maladie. Les diplômes ne lui manquent pas, la science médicale ne lui fait pas défaut, il a le jugement voulu, mais ce qu'il ne possède pas, et ce qui est indispensable pour se prononcer, c'est l'*assermentation*, c'est la désignation préfectorale, c'est la délégation administrative en *foi de quoi* il pourra signer les présents certificats *sur papier libre*, mais souvent d'une main attachée !

Pour obvier à cet inconvénient de la limitation du choix on pourrait agrandir le cercle des assermentés. Mais nous n'acceptons pas même le système instauré à Chambéry où 10 médecins sont investis de la délégation préfectorale. Si les docteurs tiennent réellement au titre, et s'il leur est utile pour leur commerce de morticulture — ce dont je doute car ils ne sont pas tous ambitieux ou nécessiteux — qu'on leur confère à tous l'assermentation !

Il est en notre domaine un moyen de manifestation dont nous pouvons user pour attirer leur attention et les impressionner, et j'espère qu'au prochain congrès, un des vaillants camarades qui défendirent si ardemment la question voudra bien le proposer : c'est de mettre à l'index les assermentés et de recommander en guise de protestation, à tous les adhérents de l'Association générale, de ne jamais s'adresser à eux que sur ordre formel.

Sur l'intervention énergique de Lagniel, le Congrès a eu à se prononcer catégoriquement ; tout ayant été bien pesé, la *suppression des médecins fut votée à l'unanimité.*

Et l'on s'est séparé là-dessus, et l'on se retrouvera en 1907, sans que rien ne soit changé.

Je n'aurais pas élucubré sur ce sujet morbide, si plusieurs lettres n'avaient réveillé mon attention sur cette question de principe, qui mérite d'être agitée dans notre milieu, et aura intérêt à être soulevée au Comité central de la Fédération des Associations professionnelles des employés civils de l'État.

Il ne suffit pas, d'ailleurs, d'avoir voté à l'unanimité cette motion en 1906 ; concurremment, notre devoir est de faire connaître notre décision non seulement à tous les docteurs assermentés, mais au corps médical de France, soit par l'intermédiaire de leurs associations professionnelles, de leurs syndicats, soit individuellement. Il faut que tous connaissent notre opinion, notre sentiment. Nous sommes suffisamment bien organisés pour que chaque groupe de l'A. G. communique aux médecins les motions du Congrès concernant les assermentés.

Nous devons aussi, et surtout par cette même occasion, et dans cette même communication, exposer le vœu du groupe Grenoblois, ratifié par le Congrès, protestant contre le tarif *exagéré* de 5 francs *imposé*

actuellement à tous les postulants par les médecins assermentés de l'Administration, tarif qui a permis à quelques-uns d'entre eux de gagner en 3 ou 4 heures des sommes variant de *300 à 500 francs.*

Il est en effet inadmissible, monstrueux même, comme le disait le rapporteur, qu'un facteur, gardien, dame employée ou commis soient obligés de donner 5 fr. pour un certificat médical qui n'est, en définitive, qu'une pièce administrative.

Pour cette campagne de protestation, je fais appel au dévouement collectif des groupes Haut-Marnais, Grenoblois, des Bouches-du-Rhône et Drômois et tout particulièrement aux militants Gagnol, Villon; Provost, Lagniel, Litz, Canavelli, Lautrin et Bossan qui prirent une partie active à la discussion de cette question et seront soutenus par tous les dévoués secrétaires de groupes.

LA CROIX-JUGAND.

Les payants dans les hôpitaux

Chambéry, le 30 janvier 1907.

Mon cher confrère,

Je vous transmets pour que vous l'insériez dans votre journal une délibération de la commission administrative des hospices de Chambéry au sujet des malades entrant en chambres payantes.

D'après cette délibération le médecin aura le droit de se faire payer ses honoraires par le malade avec lequel il aura au préalable traité.

Afin de se conformer aux instructions ministérielles, il a fallu, pour en arriver là, assimiler les chambres payantes à une clinique médico-chirurgicale annexe. Les hôpitaux de Grenoble ont procédé déjà de la même façon. Quant aux frais pharmaceutiques et aux frais d'opération, ils n'ont pas pu être distraits et c'est pour cela que le prix de la journée qui autrefois était de 6 fr. a été porté à 10 francs.

Cette réglementation laisse en dehors les salles communes pour lesquelles il n'a pas été possible d'établir une distinction entre les non payants et les payants.

Je présenterai à la réunion de samedi du Syndicat votre désir touchant le *Congrès des praticiens* et vous en communiquerai le résultat. Si aucun membre n'est délégué, je ferai en tous cas voter des vœux sur les questions que vous me soumettez et vous les enverrai, pour que vous puissiez les soutenir au Congrès.

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr TISSOT.

Hospices civils de Chambéry.

Chambres payantes à l'hôpital.

DÉLIBÉRATIONS DES 28 DÉCEMBRE 1906 ET 18 JANVIER 1907

Décide :

1° Les chambres payantes sont à dater du 1er janvier 1907 transformées en clinique médico-chirurgicale à l'usage des malades riches ou aisés.

2° Le prix de la pension est fixé à sept francs par jour pour tout malade traité en médecine et à dix francs par jour pour tout malade traité en chirurgie.

3° Ces prix comprennent tout ce qui est nécessaire aux malades tels que, nourriture, médicaments, objets de pansement, lingerie, etc., etc. *sauf les honoraires médicaux*, qui seront réglés d'après le tarif général de 1878 arrêté entre tous les médecins et chirurgiens de la ville et déposé à la préfecture. Ce tarif sera annexé à la présente délibération et servira de base, sans pouvoir être dépassé.

4° Les malades se feront soigner par un médecin ou un chirurgien de leur choix, sauf agrément de l'administration quand il s'agira d'un médecin ou d'un chirurgien étranger au service de l'hôpital.

5° Pour les malades qui viendront à la clinique se faire traiter pour un pansement ou pour une petite opération sans y faire de séjour, le prix des fournitures et pansements est fixé à 15 francs.

Pansements :

La Commission décide d'en fixer dés ormais comme suit le tarif :

1° Petit pansement... 1 fr.50
2° Grand pansement.. 3 fr.50

Après chaque pansement le médecin en fixera la catégorie sur un bulletin spécial qui sera transmis à l'administrateur de service.

Vu et approuvé,
Chambéry, le 24 janvier 1907,
Le Préfet de la Savoie,
Signé : Ernest MOULLÉ.

La solution obtenue à Chambéry pour le problème des payants dans l'hôpital est celle que nous n'avons jamais cessé de réclamer et que le petit hôpital de Meulan pratique depuis sept ans.

La présence nécessairement exceptionnelle du payant à l'hôpital (vœu du Conseil de l'assistance, traduit par des circulaires ministérielles) ne peut être assurée dans la pratique que par une barrière mise devant les admissions de complaisance, sous la forme de solides tarifs de protection.

Grâce à ce procédé, le bien du pauvre est respecté, l'abus de la philanthropie du médecin trouve des limites ; de plus, s'il existe des maisons de santé dans la ville, leur légitime intérêt n'est pas concurrencé cyniquement par l'établissement hospitalier.

On finira bien un jour par se rendre compte qu'il convient d'en arriver là partout, à Paris comme ailleurs. Mais, en attendant, la routine donnera encore lieu à bien des gaspillages et des abus.

H. J.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Les aménités administratives des S. S. M.

Les grands chefs de la Mutualité ne se privent pas de signaler le caporalisme qui sévit dans les Caisses allemandes chargées de la maladie et de la retraite, et d'y opposer le soi-disant régime de douce et familiale administration qui fleurirait dans les S. S. M. françaises.

D'autre part, dans une rencontre assez solennelle de ces Messieurs et des délégués du Corps médical, je m'attirai un jour trois pages de protestation indignée pour avoir exposé que, envers leurs médecins, nombres de Sociétés françaises usaient de ce même corporalisme si vertement reproché aux institutions d'Outre-Rhin.

Je renvoyais pour preuves à l'enquête prati-

quée par le *Concours Médical* en 1895, et publiée avec documents éloquents.

A quoi l'on me répondait que ces mœurs avaient vécu.

J'avais le meilleures raisons (moi qui dépouille ici une correspondance médicale si volumineuse) de nier ce progrès.

Toutefois je n'imaginais pas que les procédés du caporalisme susdit fussent encore avoués jusqu'à s'inscrire dans des statuts.

Je dédie donc à mes contradicteurs la reproduction d'un document dont je tiens l'original à leur disposition.

Société de Secours Mutuels de C. (Seine.)

C. le 17 décembre 1906,

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous rappeler l'article 26 du règlement de notre Société en vous priant de bien vouloir nous fournir les renseignements et notes demandées.

Article 26. — Chaque année, après le 31 décembre, les médecins de la Société adresseront au Conseil d'Administration un rapport statistique comprenant le nombre de malades et *les causes qui auront pu les occasionner.*

A la fin de chaque trimestre, ils adresseront au Président ou à son délégué le relevé des visites faites aux sociétaires ainsi que la note de leurs honoraires et ce par sociétaire.

Les médecins qui ne remettront pas la note de leurs honoraires dans la quinzaine qui suivra la fin d'un trimestre SERONT SUSPENDUS COMME MÉDECINS DE LA SOCIÉTÉ (!)

Ils ne pourront être réintégrés sur la liste, qu'après une décision du bureau. Une simple lettre leur signifiant leur radiation leur sera adressée et cette radiation sera effective si la lettre n'est pas suivie d'effet dans les trois jours de son envoi etc., etc.

Pour la Société de Secours Mutuels de C.,

Le Président,

X.

Et dire qu'il est des confrères dont l'indépendance farouche repousse les sanctions de nos statuts syndicaux pour s'incliner avec grâce devant un régime si rempli de tact et d'aménité!

Ah, parlez-moi de ces beaux caractères !

Dr H. Jeanne.

CORRESPONDANCE

L'affichage dans le cabinet du médecin des règles de tarification de nos honoraires.

Le 1er février 1907.

Mon cher confrère,

A cette époque de l'année qui est celle de l'envoi et (quelquefois) du règlement de nos notes d'honoraires il me revient forcément à l'esprit une observation (oh ! bien banale), à savoir que les clients, surtout ceux qui appartiennent à la classe ouvrière mais aussi les autres, n'ont aucune idée de la valeur des soins que nous leur donnons. Comme conséquence, au moment de régler la note de leur médecin, ils se figurent qu'ils ne peuvent jamais lui devoir plus de 2 francs par visite. Qu'il y ait une intervention quelconque : ouverture d'abcès, pansement, injection de sérum anti-diphtérique, il leur semble que tout cela est compris dans le prix de la visite, et s'il arrive que le médecin leur réclame davantage ils jettent les hauts cris... Il me semble qu'il serait utile (et facile) de modifier cet état d'esprit. Il suffirait que chaque médecin puisse afficher dans sa salle d'attente (à côté de l'avis aux blessés du travail) un *extrait du tarif officiel du ministère du commerce* dans le genre de celui que je vous soumets. Je crois qu'un tarif portant cette entête : « arrêté ministériel » aurait plus d'autorité qu'un tarif intitulé : « Tarif du Syndicat des médecins de X ou Y ».

Extrait du Tarif des honoraires médicaux

fixé par arrêté ministériel (3 octobre 1906)

Le prix de la visite est *double* lorsqu'elle doit avoir lieu à heure fixe.

Le prix de la visite est *triple* lorsque dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre 9 heures du soir et 6 heures du matin.

Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à 1 visite en plus.

Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, EN SUS du prix de la visite, aux allocations ci-après.

A. Allocation du prix d'une visite.

Pointes de feu.
Sangsues.
Ventouses.
Cathétérisme évacuateur répété.

B. Allocation du prix de 2 visites.

Ouverture d'abcès superficiel.
Suture simple.
Anesthésie locale.
Ablation d'esquilles, d'ongles.
Pansement antisepsique.
Injections hypodermiques.
Toucher vaginal et spéculum.
Toucher rectal.
Injections hypodermiques.

C. Allocation du prix de 3 visites.

Pansement de brûlures.
Saignée.

D. Allocation du prix de 5 visites.

Réunion par sutures multiples.
Traitement de l'asphyxie.
Evacuation de foyer sanguin ou purulent.
Pansement de brûlures graves.
Extraction facile de corps étrangers.
Injection sous-cutanée de sérum anti-microbien.
Lavage de la plèvre.
Lavage de la vessie avec cathétérisme.
Réduction facile de luxation.
Réduction des contention des fractures simples des doigt, orteils, métacarpiens.

E. Allocation du prix de 10 visites

Anesthésie générale.

Je pense que le *Concours*, si toutefois l'idée vous paraît utile et réalisable *pourrait faire imprimer cette affiche* et la tenir à notre disposition. Nous pourrions l'afficher dans nos salles d'attente. (J'en ai bien vu de ce genre dans les études d'avoués.) Elle aurait au moins l'avantage de faire comprendre à nos clients que nos honoraires ne doivent pas être dans tous les cas limités au chiffre de 2 francs.

Agréez, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Mounas.

Réponse. — Nous trouvons l'idée parfaitement juste et la proposition absolument pratique. C'est dire que nous sommes prêts à y donner suite si, après lecture de votre lettre, des confrères joignent leur demande à la vôtre.

La solidarité agissante.

X... (Cher), 7 janvier.

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

Je vous prie de m'envoyer les statuts du « Sou médical, de la Caisse des retraites et du Patronage médical ».

Membre de l'Amicale depuis 1876, du Concours depuis le 1er janvier dernier, je désire participer de la manière la plus large possible aux filiales du Concours, parce qu'en elles est l'avenir, la sécurité, sinon le salut, pour la profession médicale, surtout pour le petit praticien.

Depuis longtemps déjà, et c'est là une antienne que vous avez dû souvent entendre, je désirais au moins faire partie du Concours, dont le journal m'intéressait prodigieusement chaque fois que je le recevais, comme membre de l'Amicale.

Mais le budget d'un médecin de campagne est si lourdement grevé des différentes cotisations, souscriptions, primes, abonnements, etc..., que lui impose sa situation sociale, que j'avais attendu jusqu'à cette année pour m'offrir à moi-même ces « étrennes ».

Mais, vous m'avez, en même temps que le journal, envoyé une flèche qui pour n'être pas celle du Parthe, n'en est pas moins dangereuse pour mon budget, sous la forme de votre brochure « le Concours médical et ses œuvres ». Loin de vous en vouloir, je vous en remercie, car, lorsque j'ai eu lu, avec passion, je vous l'affirme, les efforts inouis, les luttes sans répit, de cette vaillante cohorte : les Cézilly, les Jeanne, les Maurat, les Gassot, sans compter Diverneresse, dont la popularité est si grande parmi les praticiens pour sa magnifique campagne contre les compagnies d'assurance, lorsque j'ai eu assisté par la lecture à cette magnifique croisade de quelques hommes de bonne volonté contre toutes les puissances, toutes les traditions, toutes les routines, toutes les volontés d'oppression, en faveur du paria que n'aurait pas tardé à devenir le médecin, alors, j'ai compris que je me devais, que je devais à la profession médicale de contribuer, selon mes modestes moyens, à la propagation de vos idées, de vos efforts, de vos œuvres.

Sans compter que, dans un cadre plus restreint, et dans un ordre d'idées immédiatement pratique, quelques jeunes confrères du Syndicat du Cher, dont je suis, viennent de secouer un peu la placide indifférence et l'habituelle apathie de ses dirigeants : ceci dit sans manquer le moins du monde à l'affection et au respect que nous avons tous pour eux. Des cercles d'arrondissement ont été formés dans le sens même du Syndicat, et sous son autorité qui, mieux que lui, pourront solutionner bien des questions de tarifs, déontologie, etc...

Nous avons fait nommer une commission spéciale, dont je fais partie, pour l'étude des moyens de remplacer l'actuelle organisation, du service de l'Assistance médicale gratuite, dont la dernière assemblée générale a voté la suppression. Précédemment, tarif à l'abonnement (un franc par an et par indigent) avec circonscriptions fixées par le Préfet (d'où privilège en faveur de quelques-uns au détriment des autres), et pas de liberté pour l'indigent.

Enfin nous voulons, alors qu'il n'a encore rien été fait chez vous dans cet ordre d'idées, mettre à l'ordre du jour la question de la revision du tarif-accidents.

A ce sujet, vous voudrez bien me faire connaître les correspondants du *Concours* dans le Cher, et particulièrement dans l'arrondissement de Sancerre, pour que je puisse m'entendre plus intimement avec eux. De même, quels sont les visiteurs de l'Amicale ?

Excusez, je vous prie, mon incontinence : il fait si bon causer avec des personnes sympathiques qu'on a de la peine à se limiter.

Veuillez agréer, etc...

D. B.

Un spécimen de réclame médico-musicale

Besançon, 26 janvier 1907.

Mon cher confrère,

Je vous adresse ci-joint un monument de fripouillerie illégo-médicale que je vous engage à déguster.

Que pensez-vous de cette offre contre morceaux de musique du nom de 20, 40 ou 60 clients plus ou moins pelés, galeux ou épileptiques ?

Comment qualifier cela ?

Ce monument de canaillerie était adressé aujourd'hui même à un confrère qui, indigné du procédé, me l'a apporté.

Il existe, je crois, une Commission permanente de l'exercice illégal à Paris. Pourriez-vous vous charger de lui transmettre ce document.

J'en suis écœuré.

Cordialement à vous et merci.

Dr S.

ÉDITIONS MUSICALES
ET
Publicité Générale

A. DANVERS
82, *rue Rochechouart*
PARIS

N° d'ordre [redacted]

CADEAU MUSICAL

Nom :..................
....
....
Adresse:..................
....
....

Pour avoir droit à un joli morceau de piano ou piano et chant (marqué de 3 à 6 francs), offert à **titre gracieux**, il suffit d'adresser à *M. DANVERS*, 82, *rue Rochechouart, Paris*, les noms et adresses de 20 personnes ayant l'une des affections ci-dessous mentionnées ; 2 morceaux sont offerts pour 40 adresses, 3 pour 60, etc.

Joindre 2 timbres de 0 fr. 10 par morceau pour frais d'envoi.

INDICATIONS A OBSERVER

I. — Inscrire avec soin chaque nom et adresse dans la case qui lui convient, d'après la désignation en tête de la case.

II. — Ne mentionner aucune adresse de personnes nécessiteuses.

III. — Joindre à la liste 2 timbres de 0 fr. 10 par morceau.

IV. — Inscrire son nom et adresse en tête de la liste et mentionner en dessous les mots piano ou piano et chant, suivant ce que l'on désire recevoir.

Avis Important.

Nous garantissons la plus entière discrétion en ce qui concerne l'origine des adresses que l'on veut bien nous fournir.

ASTHME	DIABÈTE
....	....
BOITERIE	ECZÉMA
....	....
ÉPILEPSIE	PELADE
....	....
GOUTTE	PHLÉBITE

HERNIE	RHUMATISMES
MALADIES DE PEAU	SURDITÉ
MAUX D'ESTOMAC	TUMEUR
OBÉSITÉ	VARICES

N. D. L. R. Nous ne pouvons que publier en nous demandant quel est le mécanisme de l'Association qui se trahit par cette turpitude.

REPORTAGE MÉDICAL

Compte-rendu pour 1905 des travaux du Dispensaire anti-tuberculeux, 61, boulevard Garibaldi, à Paris, 1 vol. de 48 pages, illustré de 37 cartes et de nombreux graphiques, publié sous la direction du Dr Boureille, directeur du dispensaire, 61, boulevard Garibaldi, à Paris *avec la collaboration des médecins et assistants du dispensaire.*

Cette étude comprend l'examen social, médical et bactériologique de 1752 personnes indigentes, parmi lesquelles 483 tuberculeux, habitant presque toutes le XVe arrondissement de Paris (Vaugirard).

Les observations sociales prises par le Dr Boureille, directeur et M. Desclefs, assistant social, ont porté sur l'habitation, l'alimentation, les conditions de travail et les ressources, l'immigration. Elles montrent que ces 1752 personnes habitent des logements où l'air et le soleil ne pénètrent presque jamais et que leurs ressources sont souvent insuffisantes. Qu'il nous suffise de citer les 2 points suivants parmi les nombreuses statistiques de ce travail.

1° Presque toutes les personnes examinées habitent les étages inférieurs de maisons de 5 et 6 étages, entourées elles-mêmes de maisons semblables. L'étendue de l'espace respirable et lumineux y est presque toujours insuffisant. 2° Nous trouvons 185 chômeurs sur 483 tuberculeux. Les salaires de ceux qui travaillent ne dépassent pas, dans 58 cas sur 71, 700 fr. par tête et par an, et dans 229 sur 370,2 fr. par jour et par tête,

L'étude sociale en bloc des quartiers où habitent ces 1752 personnes montrent qu'elles ne sont pas l'exception, mais une simple moyenne dans ce milieu.

L'examen pratiqué par les Drs Guilloteau, chirurgien, Acheray, Beauvy et Boutes, médecins du dispensaire, fait assister aux signes constatés chez les 483 reconnus tuberculeux. L'examen bactériologique et chimique fait sous la direction de M. Sautier, chef du laboratoire, montre un nombre relativement faible de bacillaires.

Enfin, les auteurs font constater les résultats obtenus : Distribution de 218 crachoirs — Désinfection de 326 logements — Désinfection hebdomadaire du dispensaire — Isolement des contagieux — Déménagement de 76 familles — Améliorations obtenues dans 93 immeubles — Congés accordés à des militaires — Congés payés par le patron à 41 malades — Réduction des heures de travail — Salubrité des ateliers — Envoi d'enfants à la campagne — 43 conférences dans les quartiers contaminés — Secours accordés à 121 familles—82 malades envoyés à la campagne — 11 en sanatorium — 15 dans les services spéciaux de tuberculeux — 24 enfants envoyés un ou plusieurs mois en colonies de vacances.

Telle est l'œuvre surtout sociale accomplie par le dispensaire-préventorium du 61, boulevard Garibaldi, à Paris. Ce préventorium parisien est affilié à la Fédération antituberculeuse française et subventionné par la Ville de Paris, le Conseil général de la Seine et la Présidence de la République.

Faculté et Hôpitaux.

M. Gilbert Ballet a repris ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau, le dimanche 3 février à 10 h., et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. Le samedi toute l'année à 9 h, 1|2 consultation externe pour les maladies nerveuses et mentales et policliniques. (Salon de la salle Ste Anne.)

— M. J. Darier a commencé le samedi 2 Février à 10 h, 1|2, une série de conférences de dermatologie (avec présentation de malades et projections microscopiques), et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— Une série de conférences spéciales sur la syphiligraphie et la vénéréologie commencera à la maison de St-Lazare le mardi 12 février à 10 h. 1|2 et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le mardi, M. le Pileur sur la syphiligraphie.
Le jeudi, M. Verchère sur la venéréologie.
Le samedi, M. Ozenne sur la syphiligraphie.

MM. les docteurs et les étudiants ayant au moins 12 inscriptions sont seuls admis à suivre ces conférences. Pour s'inscrire, s'adresser à M. le Directeur de la Maison St-Lazare.

Concours des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 mars 1907, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale 3, rue Victoria, (service du personnel), de midi à 3 h. du lundi 18 février au samedi 2 mars inclusivement.

Clinique Apostoli Laquerrière, 15, rue Montmartre.— MM. les Drs Laquerrière, directeur de la clinique et Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, commenceront le 15 février, une série de 12 conférences pratiques d'Electrothérapie.

PROGRAMME.

I-II, Electrophysique, Appareils,— III-IV-V, Electrodiagnostic. Maladies du système nerveux.— VI VII, Tube digestif.— VIII, Dermatoses.— IX-X, Organes génito-urinaires-Gynécologie.— XI, Maladies de la nutrition.— XII, Applications diverses (accidents du travail,— affections articulaires — applications chirurgicales.

Le prix de la série est fixé à 50 francs. Ces conférences auront lieu à 8 h. 1|2. On est prié de s'inscrire d'avance ; s'adresser à la Clinique les mardi, jeudi, samedi de 3 à 6 heures.

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Drs NARBONNE, de Narbonne (Aude), MICHEL, de Cavaillon (Vaucluse), PAUL, d'El-Biar (Alger), MACHEBOEUF, de Châtel-Guyon (P.-de-D.) et LICKE, de Maisons-Laffite (S.-et-O.), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 7 17 FÉVRIER 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE CONGRÈS NATIONAL DES PRATICIENS

Appel du Comité d'initiative de l'arrondissement de Lille aux Confrères Syndiqués et non Syndiqués.

Le Congrès de la **Démocratie Médicale** *va s'ouvrir à Paris en Avril prochain.*

Trois mois à peine vous restent pour donner à cette manifestation l'ampleur nécessaire.

Il faut que vous y veniez tous !

Et vous y viendrez **tous**, *Syndiqués et non Syndiqués, pour protester avec la dernière énergie contre le « Certificat supérieur » dont l'actuel changement de titre n'est pas, pour vous, même un commencement de satisfaction ; pour réclamer l'abrogation pure et simple de cette innovation qui va créer deux classes de médecins, l'une* **supérieure** *dont vous ne serez pas, l'autre* **inférieure** *dans* **laquelle on veut hypocritement vous rejeter** ;

Vous y viendrez **tous** *pour obtenir la réforme* **urgente** *d'un enseignement où la clinique reprendra sa place prépondérante, où les professeurs mieux payés seront plus à leur chaire et plus à leurs élèves ;*

Vous y viendrez **tous** *pour affirmer le libre choix du médecin par l'indigent, par le mutualiste, par le sinistré du travail ;*

Vous y viendrez **tous** *pour lutter contre l'invasion de votre profession par ceux qui prennent le titre de Français, lorsqu'ils ont échappé à toutes les obligations auxquelles vous avez été, vous, assujettis ;*

Vous y viendrez **tous** *pour essayer de sauver votre indépendance menacée par la fonctionnarisation, dont une des plus dangereuses manifestations* **est la déclaration obligatoire et non rémunérée** *des maladies contagieuses ;*

Vous y viendrez **tous** *pour montrer à vos gouvernants, députés, sénateurs, conseillers généraux, d'arrondissements et municipaux, que si vous n'êtes pas les derniers à accepter l'évolution sociale dont vous avez été les initiateurs, vous ne voulez pas en être les victimes ;*

Et **tous**, *dès aujourd'hui, vous adhérerez au Congrès d'Avril, afin de coopérer, par l'action immédiate, au mouvement superbe que soulève en ce moment tous les Praticiens de France, et dont les résultats seront immenses, si vous le voulez !*

Pour le Comité d'initiative
de l'arrondissement de Lille :

Drs Aubert, Boutry, Caudrelier, A. Coppens, Declercq, Lambin, Lefebvre, Valentin.

N. B. — Les confrères désireux de fonder dans le Nord, le Pas-de-Calais, la Somme, l'Aisne et autres départements, des Comités locaux ou régionaux d'initiative, peuvent s'adresser au Dr Caudrelier, Président de la *Fédération du Nord et du Pas-de-Calais*, rue du Calvaire, Tourcoing (Nord).

Union des syndicats médicaux du Sud-Est

Communication du Bureau aux Présidents des Syndicats adhérents des douze départements fédérés

Mon cher Confrère,

Le Comité d'organisation du *Congrès des Praticiens* propose aux associations de défense professionnelle et aux confrères syndiqués :

1° De se réunir par départements ;

2° De formuler en un compte rendu de cette réunion, leurs desiderata, tant sur les questions mises à l'ordre du jour par le Comité d'organisation du Congrès, savoir :

Certificat d'études médicales supérieures,
Réforme des études médicales,
Libre choix du médecin,

que sur toute autre question dont la discussion au Congrès leur paraîtrait utile et opportune ;

3° De voter un ordre du jour d'adhésion au Congrès ;

4° De nommer des délégués chargés de les représenter au Congrès.

Etes vous d'avis de prendre vous-même l'initiative des formalités indiquées plus haut, et de constituer vous même votre délégation départementale ?

Ou bien, pensez-vous que l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est doive centraliser les desiderata et les ordres du jour des Syndicats adhérents, et choisir deux ou trois délégués, ayant mission de représenter les douze départements fédérés ? Cette façon de procéder permettrait, en raison du petit nombre des délégués, de leur allouer une subvention pour leur déplacement.

Il est en outre question de souscription, mais nous n'avons pas de renseignements explicites à ce sujet (1) Étant donnée la date rapprochée du Congrès (avril 1907) nous vous prions de vouloir bien nous faire connaître votre réponse sous quinze jours au plus tard.

Recevez, mon cher confrère, nos cordiales salutations.

Le Bureau de l'Union.
6, rue de l'Hôpital, Lyon.

(1) L'article placé en tête du n° 6 du *Concours* a depuis précisé ce point.

PROPOS DU JOUR

Dans un vrai Syndicat

Extrait du procès-verbal de la séance du 8 novembre 1906 du Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Communication de M. le Dr Mignon, secrétaire de l'Amicale-Maladie (aux Mureaux).

Mes chers amis,

Sur l'initiative de notre dévoué camarade, le Dr Jeanne, les médecins de Meulan et des Mureaux ont pris depuis quelques années l'habitude de se réunir très souvent pour causer de leurs intérêts communs.

A l'une de ces réunions amicales, vers la fin de l'année 1905, entre autres résolutions prises, il fut décidé que, pour parer d'une part à l'augmentation des frais généraux, d'autre part à l'encombrement médical, nous allions étudier un nouveau tarif local d'honoraires.

Cette étude fut rapidement menée et les jours suivants, dans une réunion provoquée à cet effet, à l'unanimité, les confrères décidèrent de porter à 3 fr. le prix minimum de la visite simple de jour, antérieurement comptée 2 fr. ; d'appliquer ce prix de 3 fr. à tous les ouvriers et petits commerçants ; — de porter de 3 fr. à 4 fr. le prix de la visite aux rentiers, gros commerçants, industriels, etc; — de 4 fr. à 5 fr. la visite aux gens riches et gros rentiers ; à 10 fr. toute visite de nuit; — enfin d'appliquer pour les soins complémentaires de petite chirurgie la progression exposée dans le tarif Jeanne.

L'augmentation fut appliquée aux villages environnants de telle sorte que, pour chaque village, la visite fut augmentée de 1 fr. sur la rive droite.

On laissa momentanément la rive gauche de côté, les confrères voisins n'ayant pas encore donné leur avis.

Trois circulaires dont ci-joint un exemplaire furent imprimées et envoyées à la plupart des habitants avec les notes d'honoraires de fin d'année.

Le résultat fut fort simple : pas ou presque pas de protestations dans le public qui trouva la chose toute naturelle, paya le nouveau tarif sans récriminations, et ne tint rancune à aucun de nous; conséquence : augmentation pour chacun de nous du chiffre des recettes venant compenser la diminution du chiffre d'affaires occasionnée par les deux camarades nouvellement installés.

Mais nous avions en face de nous une Société de secours mutuels à laquelle nous étions liés en bons amis par d'anciens engagements. Cette Société, très prospère, en voie rapide d'accroissement, était une menace, pour un avenir prochain. Allions-nous l'augmenter, elle aussi, et comment prendrait-elle la chose ?

A la première question nous répondîmes tous : oui ! A la seconde : nous verrons bien !

Et l'un de nous fut chargé de présenter au Bureau de la dite Société un rapport sur le nouvel état de choses : nous demandâmes le tarif ordinaire de 3 fr., 4 fr., et 5 fr., la visite à la Société comme à tout le monde et nous lui accordâmes comme par le passé 25 % de réduction sur les honoraires des mutualistes ouvriers à titre d'indemnité de recouvrement.

Que répondit la Société ?

Oh ! ce fut très simple : le premier moment de surprise passé (et ce n'était pas une surprise pour beaucoup, que j'avais prévenus et un peu convaincus par avance), devant notre attitude ferme et unanime, la Société de Secours mutuels de Meulan accepta purement et simplement notre nouveau tarif, pour la ville comme pour la campagne, et son Président me disait il y a peu de temps qu'il avait trouvé notre réclamation très juste et très raisonnable et qu'il n'avait qu'à se

louer des rapports entre la Société et le corps médical.

Tel est, mes chers confrères, le résultat d'une entente absolue et sans lâchages.

Mais ce n'est pas tout.

Grâce à l'appui du camarade d'Orgeval, le Dr Maury le village de la rive gauche que nous avions laissé de côté, fut à son tour augmenté de 1 fr. et je n'ai encore entendu aucune protestation.

Enfin, nous avions tous les jours des ennuis avec une Compagnie d'assurances-accidents puissante et chicanière. Nous résolûmes d'en venir à bout et voici comment :

Un beau soir, nous convoquâmes à l'une de nos réunions le très aimable représentant de la dite Compagnie, nous lui remîmes une note dans laquelle nous établissions le Tarif que nous exigerions à l'avenir pour tous les accidents du travail, tarif basé sur nos habitudes locales et ne tenant aucun compte du tarif ministériel ; cette note se terminait par un simple dilemme : acceptation de nos désirs ou rupture.

Je vous avoue que j'espérais la grève. Eh bien ! le représentant de la Compagnie emporta notre note et dans la quinzaine qui suivit, il nous notifia l'acceptation pure et simple de la Compagnie, sans aucune signature de part ni d'autre, sans aucun engagement écrit, ce qui ne lie personne, mais ce qui nous évite chicanes, procès, ennuis, ce qui simplifie notre travail de bureau, ce qui jusqu'à présent a été pour nous certainement plus rémunérateur que le fameux Tarif ministériel.

Et, direz-vous, si un nouveau confrère venait tout vous prendre au rabais ?

Je vous répondrai : qu'il y vienne !

Nous sommes 6 dans une clientèle qui a toujours été desservie par 4 jusqu'à l'année 1905, 6 qui s'entendent parfaitement, marchent la main dans la main, et je doute fort qu'un 7e ose essayer la lutte, surtout au milieu d'une population qui a l'habitude de choisir son médecin depuis longtemps dans tous les cas, et qui tolèrerait mal qu'on essaie de lui imposer quelqu'un, surtout un médecin au rabais.

La conclusion, mes chers confrères, la voici :

Je ne dis pas qu'on peut faire, dès demain et partout, ce que nous avons fait à Meulan. Je dis seulement qu'une entente unanime, même entre concurrents jeunes et actifs, qu'une étroite solidarité valent mieux que toutes les luttes mesquines à coups de rabais et qu'en face de nos soi-disant exigences, nous avons trouvé un public qui nous comprend bien, nous craint plus, nous estime et nous paie davantage.

C'est la grâce que je vous souhaite à tous.

(*Applaudissements répétés*).

N. D. L. R. — L'exemple devait être suivi à bref délai. Deux groupes du Syndicat ont imité celui de Meulan à la date du 1er janvier 1907.

Mais pour cela il faut se voir et se réunir fréquemment et *afficher* devant le public la cordialité des relations, *entre tous les médecins*. Supplice facile, mais le seul qui fasse reculer, on n'a jamais su pourquoi.

LA SEMAINE MÉDICALE

La médication iodurée chez les cardiaques.

Récemment, M. le Dr Barié a fait à l'hôpital Laënnec une leçon clinique sur la médication iodurée chez les cardiaques.

« Tout d'abord, dit-il, il faut retenir que la médication iodurée a trois actions fondamentales, vaso-dilatation, abaissement de la pression artérielle, et action dite fondante, antisclérosante, portant surtout sur les vaisseaux.

« L'action vaso-dilatatrice s'applique à toutes les artères, même à celles du cœur et ainsi peut-être évitée l'angine de poitrine. La vaso-dilatation, d'autre part, active la circulation viscérale et assure une meilleure répartition des agents thérapeutiques.

« Chez les hypertendus avec lésions artério-scléreuses, l'action fondante, réductrice, antisclérosante trouve son application.

« L'élimination de l'iodure se fait par un grand nombre de voies, on peut même dire par toutes les sécrétions ; elle est rapide, se produit en quelques minutes ; aussi tout retard dans cette élimination commande-t-elle la prudence, à cause des graves inconvénients qui peuvent en résulter.

« Le traitement ioduré peut-être prolongé pendant des mois, il est rare alors qu'il n'amène pas quelques phénomènes de l'iodisme ; poussées congestives, fluxions catarrhales et parfois même des hémorragies qui tiennent à son action vaso-dilatatrice.

« Les voies digestives, les voies pulmonaires sont souvent intéressées,

« L'œdème pulmonaire, l'œdème de la glotte, l'angine laryngée œdémateuse, en sont parfois la conséquence et peuvent nécessiter la trachéotomie.

« Du côté de la peau, il peut y avoir des complications fort nombreuses ; acné rosacé, érythèmes, urticaires, purpura, etc. Du côté des organes génitaux, Fournier a vu le catarrhe uréthral se produire. La congestion testiculaire, ovarienne peut s'observer. L'iodure peut même amener des ménorrhagies ; on lui a reproché de favoriser les hémorragies cérébrales.

« L'iodure si on en prolonge l'usage, peut retentir fâcheusement sur la nutrition générale et on l'a vu produire l'asthénie cardio-vasculaire.

« On a cherché les moyens d'empêcher ces accidents de se produire, cela demeure toujours difficile car la cause de l'iodisme demeure imprécise. Une condition importante cependant paraît être la pureté de l'iode, et il semble qu'à ce point de vue, il existe une différence d'action entre un iodure impur et un iodure soigneusement préparé.

« Certains sujets présentent une intolérance absolue à la médication iodurée, qu'il est impossible de vaincre.

« En raison de son action vaso-dilatatrice, l'iodure est indiqué avant tout dans l'artério-sclérose, l'angine de poitrine, la coronarite. Même dans les affections valvulaires, en raison de son action résolutive, il peut avoir une action,

pourvu que les lésions soient seulement en voie d'organisation.

« L'iodure est utile encore dans les affections musculaires du cœur, dans les myocardites et la sclérose qui lui succède.

« Mais, c'est surtout dans les lésions artério-scléreuses que l'iodure peut être utile ; dans l'aortite chronique, la coronarite, l'anévrisme de l'aorte. Son mode d'action est discuté ; il est probable qu'il agit surtout sur la paroi artérielle.

« L'iodure de potassium et celui de sodium sont les seuls à employer. M. Barié préfère l'iodure de sodium qui paraît être mieux toléré par l'estomac et le plus facilement assimilable. Si la syphilis est soupçonnée, on préfèrera l'iodure de potassium.

« Les iodures seront données par séries de semaines, séparées par des intervalles de repos pendant lesquels on fait agir un autre médicament qui remédie dans une certaine mesure à l'action déprimante de l'iodure ; fer, quinquina, arsenic.

« Les aortiques étant des hypertendus, on continuera cette action par la trinitrine : 4 à 5 gouttes de la solution alcoolique à 1 p. 100 dans le cours de la journée.

« Quant à l'iodure, il doit être donné à la dose assez faible, 25 à 50 ou 60 centigrammes au plus chaque jour, au commencement ou au milieu du repas, dans une boisson quelconque.

« On peut le donner sous forme papillaire ; M. Barié prescrit :

Iodure de sodium....	0,15	centigr.
Térébenthine.........	0,05	—
Opium brut.........	0,05	milligrammes.

Pour une pilule 4 par jour.

« Si l'intolérance est complète, on pourra essayer le sirop iodo-tannique qui renferme 0,04 d'iode par cuillerée à soupe.

« La médication iodurée prolongée peut finir par amener de l'asthénie cardiaque. On donnera alors des toniques cardiaques comme la spartéine, administrée à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour. »

La stérilisation du matériel chirurgical.

M. le Dr Emile Beaudoin a consacré sa thèse à l'étude des meilleures méthodes actuellement en usage pour la stérilisation du matériel chirurgical, et ses recherches lui ont donné les résultats suivants :

« 1° Pour les instruments métalliques : l'autoclavage dans une solution de borate de soude à 2/100 ou l'ébullition dans une solution de carbonate de soude à 2/100.

« 2° Pour les compresses et le coton : l'autoclavage dans un appareil permettant une dissociation parfaite.

« 3° Pour les fils métalliques, les crins de Florence, la soie, le fil de lin : l'autoclavage.

« 4° Pour le catgut : la tyndallisation dans l'alcool à 90° ou le chauffage, à une température suffisante et pendant un temps suffisant, dans un liquide anhydre, porté, en vase clos, au-dessus de son point d'ébullition.

« 5° Pour les plateaux et les cuvettes : l'autoclavage.

« 6° Pour les gants de caoutchouc, les drains, les presses, le savon liquide, le sérum artificiel l'eau servant au lavage des mains, les seringues : l'autoclavage.

« 7° Pour les solutions de cocaïne ou de stovaïne : l'autoclavage en ampoules de verre aussi neutres que possible et scellées à la lampe.

« 8° Pour les sondes en gomme et les instruments altérables par la chaleur : l'exposition aux vapeurs d'une solution de formol à 42/100.

« 9° Pour les laminaires : l'autoclavage en vase clos dans la glycérine, après assouplissement dans l'eau chaude.

» Le catgut mis à part, il est donc possible, avec un bon autoclave et quelques tubes à formol, de stériliser parfaitement tout le matériel chirurgical. »

Assurément notre confrère a raison pour les instruments et objets de pansement employés à l'hôpital, dans une salle d'opérations ou même au cabinet du médecin. Mais à la campagne, dans les cas où l'installation est sommaire, nous persistons à recommander, par expérience déjà longue, l'immersion d'une demi heure dans l'eau phéniquée forte à 5 pour 100, après ébullition dans l'eau alcalinisée au carbonate de soude, pour les instruments métalliques ; l'immersion dans l'eau phéniquée forte à 5 pour 100, puis dans l'eau, phéniquée faible à 2,5 pour 100, pour les drains, crins, fils à suturer, et l'ébullition prolongée pour les objets de pansement (compresses et gazes), même quand ils ont été cachetés tout stérilisés et empaquetés hermétiquement, comme on les trouve aujourd'hui dans le commerce.

Cette méthode si simple, qui est d'ailleurs celle préconisée depuis plus de 35 ans par notre maître Lucas-Championnière, donne l'absolue sécurité, pourvu que les mains et les bras du chirurgien et des aides soient parfaitement propres.

Métrorrhagies de la puberté.

Pour M. le Dr Pierre Hours (*Thèse de Paris*, 1906) les métrorrhagies, que l'on observe à la puberté, peuvent provenir de causes variées et multiples.

1° Les unes sont produites par un état inflammatoire de l'utérus ; par la métrite fongueuse due à une infection venue par le vagin (absence de soins de propreté, usage d'objets de toilette intime appartenant en communauté à une personne atteinte de blennorrhagie) ou à des traumatismes de masturbation. D'autres sont consécutives au développement, à l'intérieur de l'utérus de néoformations, qui en provoquant autour d'elles un processus irritatif et congestif des tissus en diminuent, en même temps, la tonicité et la vitalité.

D'autres, enfin, sont dues à un état congestif des annexes, dépendant le plus souvent des tares organiques personnelles ou héréditaires. Cet état congestif produit, à chaque menstruation, une vaso-dilatation intense de l'utérus. L'irritation ovarienne étant, pour ainsi dire, continue, la congestion utérine devient elle-même permanente et finit par produire la métrorrhagie à la moindre cause occasionnelle.

2° La plupart des maladies générales toxi-infectieuses et même éruptives peuvent aussi produire des pertes intermenstruelles, par l'accumulation de toxines, par des altérations du sang et des vaisseaux et par irritation ou paralysie du système nerveux.

3° Certaines maladies des viscères, en particulier celles du cœur, du foie et des reins, peuvent également arriver au même résultat par un mé-

canisme à peu près identique ou grâce aux modifications de presssion sanguine qu'occasionnent leurs altérations.

4° Des métrorrhagies peuvent aussi coexister avec la chlorose ménorragique,surtout lorsque celle-ci évolue avec une hyperactivité ovarienne et un utérus en arrêt de développement.

L'hémophilie peut également produire les mêmes méfaits.

Enfin les symptômes purpuriques eux-mêmes au lieu de se localiser au niveau de la peau, peuvent quelquefois grâce à l'existence de la menstruation trouver une voie d'effraction plus facile du côté de la matrice et se localiser momentanément à ce niveau.

5° Enfin l'apparition de la puberté elle-même, par le surcroît de travail qu'elle exige du côté des glandes à sécrétion interne, semble quelquefois produire du côté de ces mêmes glandes des altérations qui viendront troubler leurs rapports respectifs, arrêter le développement des uns ou exagérer l'action des autres.

Le traitement consiste en remèdes externes tels que les injections très chaudes (47° à 50°), pratiquées avec une canule souple non renflée à son extrémité et sur un faible pression ; souvent quand les injections très chaudes ont échoué, on peut les faire tiédir, à 38° ou 40° ; dans plusieurs cas, les résultats ont été excellents.

M. Dalché conseille l'emploi des solutions stérilisées de gélatine soit à 5 % soit à 7 pour 100 dans du sérum physiologique.

On peut employer concurremment les lavements d'antipyrine laudanisés, ou de gélatine stérilisée, les suppositoires opiacés, belladonés, enfin le tamponnement avec des bandelettes minces, imbibées d'eau oxygénée, d'adrénaline à 1/1000, d'antipyrine. Au cas où les remèdes externes seraient mal acceptés ou inefficaces, on peut recourir à l'ergotine en potion ou en injections sous-cutanées profondes, au cannabis indica, au senecio vulgaris, à l'hamamelis virginica, à l'hydrastis canadensis, à la stypticine (5 à 8 pilules par jour), ou à l'association de la digitale, de la quinine, de l'ergotine.

M. Dalché recommande aussi l'hydrothérapie, sous forme de jet fort et froid sur la plante des pieds ou des courants. Les cures thermales de Saint-Sauveur, de Salies-de-Béarn, d'Ax-les-Thermes, de Luxeuil, de Lamotte, peuvent être conseillées avec avantage.

Si les hémorrhagies paraissent liées à l'anémie, à la chlorose, l'on emploiera les eaux ferrugineuses, les capsules d'extrait ovarique Vigier ou d'ocréine Grémy.

La prétendue orchi-épididymite traumatique, par effort.

M. le Dr H. Crés, de Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard), a étudié dans sa thèse les diverses phases par lesquelles est passée, depuis Velpeau la question de l'orchite par effort. Duplay l'a niée, Terrillon l'a admise, Guelliot l'a considérée comme une conséquence d'une rupture veineuse d'un varicocèle (coup de fouet funiculaire). Enfin, Mollière, Augagneur, Sébileau,ont appuyé leurs dénégations récentes sur des arguments très sérieux.

En fait, 1° il n'existe pas un seul examen anatomique permettant d'établir la réalité de l' « orchite par effort», c'est-à-dire, suivant l'étymologie, de l'inflammation du testicule sous l'influence d'un effort.

2° La dénomination d' « orchite par effort » est fausse devant la pathologie générale actuelle — l'inflammation étant fonction d'infection — elle n'est pas légitimée par l'anatomie et la physiologie.

3° Cette dénomination d' « orchite par effort » masque des erreurs de diagnostic que les données nouvelles fournies par la bactériologie sur l'infection en général, et l'infection gonoccocique et tuberculeuse du testicule en particulier, expliquent aujourd'hui clairement.

4° On a réuni sous le nom d' « orchites par effort » des poussées aigues d'orchi-épididymites tuberculeuses gonococciques, uréthrales, provoquées parfois par une contusion du testicule ; des torsions des cordons spermatiques et des hématomes par rupture d'une veine funiculaire variqueuse ; des néoplasmes latents révélés et augmentés de volume par une hémorragie intra-néoplasique.

5° Le ferme d' » orchite par effort » doit être abandonné. Il n'a plus raison d'être. Au point de vue de la loi de 1898, le médecin évitera de formuler hâtivement son diagnostic, même lorsque l'examen du malade ne démontre pas un écoulement uréthral, même lorsque l'accidenté déclarera avoir, dans un effort violent, ressenti une douleur vive dans les bourses. Il attendra un, deux, trois jours pendant lesquels il verra le malade pour poser un diagnostic plus exact. Probablement le 2e ou 3e jour (la loi n'oblige à déposer le certificat que le quatrième jour au plus tard) on sera fixé : l'affection aura nettement les caractères d'une orchite blennorrhagique ou tuberculeuse, ou uréthrale, que nous n'avons pas à rappeler ici,

» La seconde conclusion qui s'impose est la suivante : lorsque le testicule aura été contusionné au cours du travail, le médecin devra sans doute, certifier l'origine traumatique de l'affection. Mais il devra porter le diagnostic de » contusion du testicule » et non d' » orchite par effort ». Si le testicule s'enflamme et suppure dans les jours suivants parce qu'il s'est fait une infection d'origine uréthrale dans la glande contusionnée, la perte du testicule devra être considérée comme la conséquence de l'accident. Sans la contusion le testicule serait resté sain. Le sinistré aura donc droit au demi-salaire jusqu'à cicatrisation complète, et à une rente si son testicule s'est éliminé »

Contre les états dépressifs post-grippaux.

Le poison grippal, comme chacun le sait, a une prédilection marquée pour le système nerveux. Et cette prédilection a des effets d'autant plus intenses qu'elle s'exerce à l'égard d'un appareil qui,surmené de toutes les manières à notre époque de vie outrancière, se trouve en état de moindre résistance.

Sans parler des affections organiques,myélites, névrites,...avec toutes leurs conséquences graves, qui s'observent d'une façon relativement fréquente au cours ou à la suite de la grippe,nous sommes en droit d'affirmer que cette maladie infectieuse laisse toujours après elle une séquelle de

malaises, de troubles interminables qui procèdent d'un épuisement fonctionnel, d'une dépression profonde, tenant eux-mêmes vraisemblablement à des perturbations du dynamisme cellulaire sous l'influence paralysante des toxines microbiennes.

De là dérive une convalescence longue et pénible qui s'éternise et prolonge indéfiniment un état d'impuissance fort préjudiciable aux intéressés. Pour lutter contre cet état, le médecin doit faire appel à toute la série des médicaments névrosthéniques, toniques, anti-déperditeurs, parmi lesquels se trouve, en bonne place, l'Ibogaïne, extraite de l'Iboga du Congo, dont le succès s'affirme de jour en jour, au dire des expérimentateurs nombreux qui apportent d'une façon ininterrompue le témoignage sincère de leur satisfaction.

L'Ibogaïne, qu'il faut bien se garder de confondre avec certaines substances qu'on a tenté de livrer récemment à la consommation des malades et dont l'emploi n'est pas sans danger, s'administre à la dose de 10 à 30 milligrammes par jour. Mais la meilleure formule en a été établie par le Dr Landrin, préparateur des Dragées Nyrdahl, qui se prennent à raison de deux à quatre par jour et plus, avec des résultats affirmatifs dont la constance ne se dément jamais.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Polyclinique de la Salpêtrière :

M. le Professeur Raymond.

Terreurs nocturnes infantiles.

Jeune fille de 13 ans conduite à la consultation pour les troubles suivants : l'enfant, qui se couche vers 9 heures, se réveille entre 11 heures et minuit en proie à une peur intense. A ce moment elle appelle sa mère qu'elle ne reconnaît pas et semble terrorisée. Quand on lui demande d'expliquer ce qui la tourmente, elle raconte qu'elle voit, par exemple, un drap blanc s'agiter devant ses yeux. Puis, elle se rendort. Souvent, le lendemain matin, elle ne se rappelle rien.

La mère est bien portante, sans tare nerveuse. Le père, en revanche, est un éthylique, un grand buveur. L'enfant, allaitée au sein, ne paraît avoir eu dans son tout jeune âge que de légers troubles rachitiques. Ses premiers accidents nerveux remontent à l'âge de trois ans. A cette époque, un soir, la fillette étant endormie, se réveilla tout à coup, sous l'influence d'une peur, chercha à s'échapper, devint pâle, les yeux convulsés, et perdit connaissance. Les années suivantes, l'enfant conserva une tendance à être réveillée la nuit par des crises de terreur. Depuis un certain temps, ces crises reviennent aussi le jour. Actuellement, en raison de la puberté, de l'établissement des règles, les phénomènes morbides ont subi une recrudescence notable qui a inquiété les parents et les a décidés à nous conduire la jeune fille.

La petite malade offre maintenant des accès nocturnes et diurnes. Elle s'endort et, à un moment donné, se réveille, en proie à une peur intense, à une hallucination. Elle vit un rêve terrifiant, dont elle ne se souvient plus après son sommeil. Il s'agit, en résumé, de terreurs nocturnes, cas de pratique courante sur la nature duquel il importe d'être fixé.

Trousseau a jadis attiré l'attention des cliniciens sur les terreurs nocturnes infantiles. Il ne faut pas toujours en faire, à son exemple, un accident de nature comitiale. Assez souvent, en effet, les crises en question relèvent de troubles digestifs ou de causes psychiques, de récits, de spectacles terrifiants auxquels l'enfant a assisté. Lorsque les troubles digestifs sont guéris, et au fur et à mesure que l'on acclimate l'impressionnabilité de l'enfant, les terreurs nocturnes de ce genre s'amendent.

Toutefois, quand on voit de tels accidents dater de l'âge de trois ans, on doit craindre l'étiologie comitiale. Ici, il s'agit vraisemblablement d'une épilepsie fruste. Vous savez, d'ailleurs, que c'est généralement au moment de la puberté, des premières règles, que l'épilepsie survient. Notre petite malade, soumise depuis 15 jours au traitement bromuré et à une surveillance des fonctions digestives, va déjà sensiblement mieux.

Méningites syphilitiques

Malade, âgé de 36 ans, dont voici l'histoire clinique : un matin, à son réveil, cet homme ressentit une douleur assez vive dans le côté droit de la face. Le lendemain, il s'aperçut que sa commissure labiale déviait vers la gauche et qu'il fermait moins bien l'œil droit. Au moment de son admission, nous avons constaté une asymétrie faciale avec abaissement de la pointe du sourcil et déplissement du front, à droite. Le sillon naso-labial du même côté est peu prononcé et la commissure labiale gauche relevée. Le patient rit de travers, il est incapable de fermer l'œil droit, etc. Il présente, en somme, le masque de la paralysie faciale périphérique, c'est-à-dire de la paralysie intéressant le nerf à partir du noyau.

Vous remarquez déjà, dans cette observation, une particularité anormale, une paralysie faciale *douloureuse*. Le facial étant un nerf moteur, il faut donc qu'il y ait une altération concomitante d'un nerf sensible, en l'espèce du trijumeau. De fait, si l'on comprime le trijumeau au point sus-orbitaire, au point sous-orbitaire, au point mentonnier, on détermine de la douleur. Ces phénomènes douloureux comprennent ainsi un élément continu, un élément paroxystique et une sensibilité provoquée par la pression.

Les auteurs ont depuis longtemps attiré l'attention sur cette paralysie douloureuse de la face. Elle s'explique par une altération connexe de la 5e et de la 7e paires.

Ce n'est pas tout. Chez ce malade, à la paraly-

sie avec névralgie du trijumeau s'ajoute une anesthésie du côté droit de la face.

Ce n'est pas tout encore. Si l'on examine plus longuement le patient, on note que la convergence des deux yeux ne se fait pas et que l'œil droit ne peut être entraîné en dehors et en haut, indices d'une participation de la 3e et de la 6e paires. Il y a ,en outre, anosmie et surdité à droite. La langue, tirée hors de la bouche, ne reste pas en place, elle est animée sans cesse de petites contractions : la 12epaire est intéressée. Le voile du palais fonctionne bien.

Récapitulons : paralysie de la 7e paire, altération de la 5e paire sensitive, de la 6e paire, de la 3e paire, de l'acoustique, de l'olfactif, de la 12e paire enfin.La vago-spinale n'a rien, le pouls est normal.Voilà donc une série de nerfs craniens ou paralysés, ou excités, du côté droit de la face. Pour ce qui concerne le système nerveux général, on trouve un peu d'exagération des réflexes, sans trépidation spinale, sans phénomène de l'orteil.

Quand vous avez une paralysie aussi multiple des nerfs craniens, paralysie unilatérale, sans retentissement sur les voies motrices, vous pouvez éliminer les lésions nucléaires. Il faut une lésion, siégeant à droite, qui ait comprimé successivement tous ces nerfs. Mais les nerfs en question sont très distants les uns des autres,de 8 à 10 centim. pour certains. Comment comprendre une lésion d'une telle étendue ? Si c'était un néoplasme, il aurait une taille vraiment démesurée. De quoi s'agit-il ? Cet homme a eu des ennuis, des tourments, et... la syphilis il y a 18 ans.Nous devons admettre une méningite syphilitique basillaire, unilatérale encore, et qui commence à passer du côté opposé.Si on la laisse évoluer,cette méningite va s'étendre : le traitement par les injections de sels mercuriels,de biiodure entre autres, amènera, sans doute, la guérison.

Je vais mettre en parallèle le cas d'une femme qui fut atteinte d'une affection analogue, méningite syphilitique basilaire, aujourd'hui guérie.

Cette malade, mariée depuis 15 ans, a été bien portante jusqu'au 18 septembre dernier, époque où elle fut prise de troubles gastro-intestinaux, coliques et vomissements.Au mois de janvier, elle ressentit un jour une vive céphalalgie à gauche, céphalalgie qui réapparut huit jours plus tard.A ce moment, elle perdit la vision de l'œil gauche. Le 17 mars, elle entra à l'hôpital, dans une situation inquiétante. On la trouvait couchée dans son lit en chien de fusil.Quand on voulait faire allonger sa jambe, on n'y parvenait pas : il y avait un certain degré de signe de Kernig. La malade se plaignait de violentes douleurs de tête, de vomissements incessants, de faiblesse, de ne plus voir clair. Les douleurs offraient, vers 5, 6 heures du soir et la nuit, une exacerbation manifeste, empêchant le sommeil. Les vomissements étaient faciles, rapides, abondants, nettement cérébraux. Il y avait de la constipation et de la fièvre, la température atteignant 38°5, 39°. L'examen du fond de l'œil révélait une infiltration œdémateuse des deux papilles. Fin mars, cette femme était totalement aveugle. Elle conservait son intelligence, et ne présentait pas de parésie limitée à proprement parler.

Le diagnostic s'orientait d'abord vers les néoplasmes intra-craniens. Quand vous avez une triade de ce genre (céphalée, vomissements, perte de la vue), il convient de songer aux tumeurs cérébrales. Mais, on ne trouvait pas de convulsions épileptiformes, pas de signe de localisation, pas non plus la torpeur intellectuelle des néoplasmes. Il y avait, par contre,le signe de Kernig et la fièvre, qui nous ont conduits au diagnostic de méningite de la base. Quant à la nature de cette méningite basillaire, nous avions à considérer la syphilis ou la bacillose. La malade est jeune, bien portante. L'inoculation au cobaye fut stérile. On trouva une lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien, comme chez le patient de tout à l'heure. Nous avons conclu à la syphilis et essayé le traitement. Les injections de bi-iodure n'ont pas donné grand résultat, en raison de phénomènes d'intolérance intestinale. Nous avons été obligés de nous adresser au calomel. Cette femme,dont vous avez vu la situation grave, n'a maintenant plus de maux de tête, plus de vomissements; sa vision est revenue, les lésions papillaires sont en train de rétrocéder. L'orage pathologique est, chez elle, presque terminé. Le calomel la guérira, je pense, complètement.

Tumeur cérébrale

Malade de 44 ans qui, le 4 avril 1904, fut prisde difficulté, d'embarras de la parole. Il sortit, néanmoins, pour vaquer à ses occupations et, dans la rue, il eût des vertiges, de l'engourdissement du bras, puis de la jambe. Il en résulta une hémiplégie qui semble avoir été accompagnée d'hémianesthésie gauche. Le malade ne recommença à marcher qu'au bout de deux mois.

Jusque-là, nous ne trouvons qu'une hémiplégie ordinaire, banale, sauf en son mode de début qui a été lent, progressif.

Six mois après, des troubles d'ordre différent se montrèrent. Le patient eut des crises spéciales survenant tous les 15 jours environ. Ces crises commencent par des secousses dans la commissure labiale, des sensations anormales dans le bras et la jambe gauches. A ce moment, le malade perd connaissance et l'attaque se généralise : c'est le tableau de l'attaque épileptique.

Cet homme a donc une hémiplégie gauche en voie de rétrocession et des attaques épileptiques partielles gauches allant jusqu'à la perte de connaissance. Je maintiens le mot « partielles », car le patient est conscient de la première partie de l'attaque. Il y a légère exagération des réflexes tendineux, surtout au membre supérieur, sans trépidation spinale.

Qu'il s'agisse d'une parésie organique, je n'en doute pas : elle en a tous les caractères, et je ne discute pas l'hypothèse d'hystérie malgré l'hémianesthésie.

Notre malade, homme de 44 ans, a l'air assez bien portant. Il n'a pas, toutefois, la vivacité, la manière d'être d'un homme de cet âge : intellectuellement, il a beaucoup plus de 44 ans. Ce n'est ni un alcoolique, ni un syphilitique, mais il est artério-scléreux. Comment interpréter son cas ?

La lésion responsable de l'hémiplégie, de l'irritation, siège certainement à la zone motrice. Il n'y a que deux hypothèses à mettre en avant: un foyer de ramollissement sous-méningé, ou, et c'est ce que je crains, une tumeur cérébrale dont l'hémiplégie aurait été le premier symptôme. L'hémiplégie, étant donné la lenteur de son invasion, n'a pas eu le caractère nettement vasculaire. Bien que nous connaissions des ramollisse-

ments progressifs,je ne puis m'empêcher de faire un pronostic plus sombre, et je me demande si nous ne sommes pas en présence d'une tumeur en plein centre ovale, en train de remonter et près d'arriver aux méninges. J'ai vu de ces sortes de tumeurs, où les accidents morbides ont procédé ainsi par bonds, donnant une première phase d'hémiplégie, une seconde de convulsions épileptiformes, etc. Comme thérapeutique, je vais mettre ce malade au traitement anti-syphilitique, n'ayant rien de mieux à lui offrir. Le jour où je verrai la papille se prendre, je pourrai affirmer la tumeur.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

GYNÉCOLOGIE

Traitement des hémorrhagies liées à la sclérose utérine.

Parmi les affections utérines qui donnent souvent lieu à des métrorrhagies tenaces, il faut citer la sclérose utérine.

Cette affection caractérisée par une hypertrophie du tissu conjonctif, mais qui se différencie nettement de l'endométrite sénile atrophique, existe très souvent chez les arthritiques. Aussi observons-nous d'habitude en même temps que ses symptômes des manifestations arthritiques éloignées. Les craquements articulaires, l'état flexueux des artères temporales, la migraine, etc., facilitent alors notre diagnostic étiologique. Ils aident encore notre diagnostic clinique dans les cas où l'on est en droit de penser à la possibilité de fibromes.

L'utérus, en effet, est gros, sa consistance est ferme, dure, presque cartilagineuse, fibromateuse, et l'interpétation de ces symptômes peut devenir hésitante.

Comment de telles lésions histologiques peuvent-elles entraîner d'aussi abondantes hémorrhagies ? La pathogénie de cette affection l'explique aisément :

En effet, l'une des caractéristiques de l'arthritisme, c'est la tendance aux congestions. Ces congestions sont localisées suivant le *locus minoris resistentiæ* de l'organisme, sur tel ou tel organe. Il suffira donc d'une lésion quelconque de l'état génital, varices pelviennes, mauvaises positions utérines, etc., pour attirer sur cet organe des congestions sanguines répétées, et nous observons alors des métrorrhagies. Puis, des lésions vasculaires se forment, les troubles circulatoires deviennent permanents et il existe une véritable congestion passive et chronique se manifestant elle aussi par des métrorrhagies.

Mais alors le tissu musculaire dégénère, et sous l'influence de ces troubles circulatoires chroniques, le tissu conjonctif prolifère et se substitue au tissu musculaire. La sclérose utérine est constituée.

Ainsi, ce qui caractérise la pathogénie de la métrite parenchymateuse hypertrophique, c'est la prédominance de l'élément congestif se traduisant cliniquement par des hémorrhagies plus ou moins abondantes.

Au point de vue thérapeutique, on semble toutefois négliger cette notion pathogénique, et quand on utilise l'ergot ou les vaso-constricteurs contre l'hémorrhagie externe, on enraye momentanément la congestion de l'organe, mais on ne s'oppose pas suffisamment à sa reproduction.

Les vaso-constricteurs, en effet, agissent bien sur la tunique des vaisseaux, mais ceux-ci recommencent bientôt à se laisser dilater sous l'action de la pression sanguine. Il faut donc, à notre avis, agir directement sur cette pression sanguine, car si l'on veut obtenir des résultats définitifs, il importe de dégager autant que possible la circulation utérine elle-même.

C'est en nous inspirant de ces données, que nous avons maintes fois utilisé avec succès, contre les hémorrhagies de la sclérose utérine, le procédé suivant que nous soumettons au praticien.

Bien entendu, nous conservons l'usage de l'ergot ou de l'hydrasis pour arrêter d'urgence les pertes sanguines de cette métrite. Mais, le plus tôt possible, nous avons recours à ce puissant agent décongestif aujourd'hui bien connu : le thigénol. Tous les soirs, pendant 10 à 15 jours, en dehors de la période menstruelle, nous faisons placer le plus loin possible dans le conduit vaginal un ovule thigénolé à 30 %. En peu de temps nous observons ces écoulements séreux décongestifs, et qui font sur l'utérus l'effet d'une véritable saignée. Par ce moyen, bien mieux que par n'importe quel vaso-constricteur, nous agissons énergiquement sur la circulation utérine, et au bout d'une quinzaine de jours l'organe est nettement décongestionné. Il est moins volumineux et les hémorrhagies ne se reproduisent plus. En soumettant ainsi pendant 3 à 4 mois l'utérus métritique à l'influence des ovules thigénolés, les effets du remède parviennent à enrayer l'évolution sclérosante.

Il est évident que, pour être efficace contre la métrite scléreuse, le traitement au thigénol devra être institué de bonne heure, dès l'apparition de l'hémorrhagie ; car, si l'on attend que la sclérose ait envahi l'organe, on ne saurait obtenir des effets suffisants pour éviter tôt ou tard l'intervention sanglante.

Mais, d'une façon générale, nous pouvons dire que, jusqu'à ce jour, cette méthode thérapeutique nous a paru la meilleure. Aussi la publions-nous sans crainte, car en reconnaissant les effets des vaso-constricteurs dont il faut cependant spécialiser l'usage, nous trouvons, dans le thigénol, le moyen le plus sûr et le plus pratique d'enrayer les hémorrhagies utérines, non pas directement et momentanément, mais en s'adressant à leur cause: l'hypercongestion organique. En évitant ainsi l'installation de la chronicité congestive, nous ralentissons le développement du tissu interstitiel, et dans ce cas encore cette thérapeutique pathogénique est vraiment la meilleure.

Dr A. MONTEUX.

PROPHYLAXIE PRATIQUE

La rémunération des déclarations obligatoires des maladies transmissibles.

Je dois à l'obligeance d'un ami d'avoir eu connaissance d'un article du Dr Langlois « sur la déclaration des maladies professionnelles », article qui se termine ainsi :

« L'article 39 du projet de loi sur la déclara-« tion des maladies professionnelles comporte, dans « son paragraphe 12, une innovation heureuse « par rapport à la loi de 1902 ; elle prévoit une « indemnité attribuable au médecin pour chaque « déclaration..... Si la loi de 1902 avait renfermé « un paragraphe de ce genre, les prescriptions « touchant la déclaration auraient été mieux « suivies.... »

Dr J. P. LANGLOIS.
Agrégé de la Faculté
Membre de la commission d'hygiène industrielle.

Telle est la conclusion de cet article paru le 8 janvier dernier dans la « *Presse médicale* » et qui fortement, me réjouit.

Des âmes, trop pures dans leur enveloppe charnelle, crieront au viol des consciences, laissons-les crier ; elles verront, dans l'affirmation de notre confrère, une inopportune constatation de vénalité professionnelle, laissons-les s'abîmer dans la douleur ; beaucoup de médecins regardent ceci comme très logique, très juste et très digne qui ne sont ni inconscients, ni vénaux (1).

Je commence donc par féliciter chaudement notre confrère Langlois de sa franche manière d'exprimer sa pensée ; son geste, semble-t-il, ne sera pas perdu ; il marque, pour ceux de la profession médicale qui sont assujettis à une besogne journalière et souvent ingrate, en un mot *pour les praticiens*, le moment, qui viendra bientôt, d'étudier, avec sang froid et sans parti-pris, la question de la rémunération des déclarations obligatoires des affections transmissibles.

Dans le Congrès prochain, cette question qui ne figure pas au programme, sera évidemment tant soit peu soulevée. Va-t-on s'y battre pour reporter le soin de la déclaration sur le chef de famille ? Va-t-on s'y entendre pour l'accepter, en y trouvant une rémunération légitime ?

Je n'en sais rien, mais ce que nos législateurs trouvent juste pour « les maladies professionnelles », pourquoi le trouveraient-ils injuste pour « les maladies contagieuses » ?

Personnellement, j'ai soutenu, il y a plus de deux ans, au Syndicat de Lille, la rémunération des déclarations exigées par la loi de 1902. Après un succès relatif, j'ai été battu de magistrale façon : la raison ? Le secret professionnel et tout le tralala qu'on peut en faire quand on regarde les misères confraternelles du haut de la tour d'ivoire professorale.

En juin 1905, je l'ai soutenu dans le *Concours Médical* ; le Dr Seytre, directeur du bureau d'hygiène de Cannes, m'a fort gentiment remis à ma place : la raison ? Le secret professionnel et un tas d'autres raisons auxquelles je n'ai pas eu alors le loisir de répondre.

J'en ai, vers la même époque, proclamé la nécessité dans plusieurs articles du *Petit Praticien*; le corps médical du Nord n'a pas plus bougé qu'un terme : la raison ? Le secret professionnel, la dignité professionnelle, l'indifférence professionnelle !

Partout, le secret médical, qui fait — même lorsqu'il mange la laine sur le dos — « la force et l'honneur de notre profession », s'est élevé, de toute sa force, contre mon *déshonorant* utilitarisme.

Utilitarisme pourtant naïf qui prétendait réclamer devant les tribunaux, à l'Etat ou aux communes, la rémunération d'un acte d'intérêt général, dont la négligence peut entraîner pour nous de graves pénalités.

L'on me prouva juridiquement que cette action judiciaire serait repoussée avec perte, et ma seule consolation fut qu'un bon, qu'un excellent, qu'un unique confrère, chaud de l'écritoire, qualifia mon idée de géniale (!)

Alors, fatigué, mais non découragé, j'attendis les événements ; les Flamands étant gens têtus, vous en savez quelque chose.

Comme l'avis du Dr Langlois est le mien, exprimé déjà en 1904 et 1905, et que plusieurs avec moi pensent qu'il n'est pas indigne de vouloir vivre de sa profession, je reviens à la charge, je récidive, — comme m'a dit avec humour le Dr Jeanne et, de nouveau, je tente la fortune.

La question de la déclaration des affections transmissibles peut, à mon humble avis, se présenter sous trois aspects ;

1° Avons-nous des chances d'obtenir la réforme de la loi de 1902 et de faire reporter sur le chef de famille, ou celui qui en tient lieu, l'obligation de la déclaration ?

2° Dans la négative, est-il contraire au « Secret professionnel » et à la dignité médicale d'accepter la loi de 1902 dans sa forme actuelle ?

3° Est-il honorable et utile, professionnellement, d'obtempérer loyalement à cette loi, tout en réclamant une indemnité qu'elle entraîne, en vertu de l'axiome social : «Le salaire doit être adéquat au travail » ?

Ces trois questions feront l'objet de trois articles successifs pour lesquels j'espère obtenir l'obligeante hospitalité du *Concours* ; ses lecteurs apprécieront ; je serai sûrement l'objet de critiques plus ou moins vives : qu'importe ! Ma gaîté n'en souffrira pas.

Que mes contradicteurs veuillent seulement attendre, avant de me confondre, la fin de mon argumentation ; je leur en suis d'avance assez reconnaissant pour les en remercier bien « honestement ».

I

Avons-nous des chances d'obtenir la réforme de la loi de 1902 et de faire reporter sur le chef de famille, ou celui qui en tient lieu, l'obligation de la déclaration ?

Nous répondrons franchement : Non ! Même avec la cohésion de toutes nos organisations de défense, Association générale, Associations départementales, Union générale des Syndicats, Fédérations régionales, etc., etc., nous n'avons aucune chance d'aboutir parce que nous sommes, dans la nation, une infime minorité. Or, le régime parlementaire ayant pour pierre angulaire la majorité, ce qui choque la minorité ne sera point reporté sur la majorité si celle-ci doit s'en trouver choquée à son tour.

Tout le problème est là et sa solution s'impose *a priori*.

Néanmoins, développons, si vous le voulez, ce truisme.

Dans notre régime parlementaire, tout se lie du haut en bas en une connexité d'intérêts: élec-

(1) N. D. L. R. — Le Dr Gibert (du Havre), directeur et créateur du Bureau d'hygiène de cette ville, présidant, il y a douze ans, une Assemblée générale du Concours, se déclarait de ceux-là.

toraux d'un côté, particuliers ou locaux de l'autre.

Ainsi le député élu directement et le sénateur élu par les délégués communaux sont également obligés, pour assurer leur élection, de ne négliger aucune occasion de plaire à leurs électeurs. C'est là l'explication de la diluvienne pluie de rubans qui s'abat sur ce pays depuis que ses finances n'ont n'ont plus une suffisante élasticité.

Qu'en résulte-t-il ? Ceci, très simplement : l'électeur un peu débrouillard profite de sa situation pour faire de son député souvent, de son sénateur encore plus, — parce que plus important dans le suffrage à deux degrés, — des intermédiaires entre l'Administration et lui ; ça n'est pas, en général, au profit de celle-ci. Les services à rendre à l'électeur sont de toutes natures et de tous les instants ; avec cela, il est pointilleux en diable ; pour un oui, pour un non, pour une vétille, pour un rien, il vous retire sa confiance et... son vote.

La chose a été relevée à la Chambre et surtout au Sénat, d'une manière poignante lors du récent débat sur l'indemnité parlementaire.

Bref, ni députés, ni sénateurs ne sont libres, la plupart, de faire ce qu'ils voudraient ; leur mandat ne tient qu'à ce fil : être utiles à tous, être obligeants envers tous ; aux adversaires pour les acquérir, aux partisans pour les conserver ; dans les groupements d'intérêts locaux, les électeurs sont terribles.

Ainsi s'expliquent les multiples adjonctions aux lois générales, déposées dans un but d'économies, et qui en arrivent, à force d'*amendements* (!) à des dépenses supplémentaires ; ainsi s'accuse de plus en plus la division du pays en une infinité de fractions, où les intérêts de clocher — vieux terme toujours neuf, — font perdre de vue l'intérêt de l'ensemble.

Les conseillers généraux sont exactement dans la même situation, avec cette aggravation que, près de leurs mandants et de leur centre administratif, — la Préfecture, — ils se dérobent moins aisément aux sollicitations où l'intérêt général aurait quelque difficulté à trouver son compte.

Et puis il y a là la cuisine politique dont nous avons eu, à Lille, un exemple l'an dernier, lors d'un projet de « Libre choix » pour l'Assistance gratuite qui fut présenté par M. Plichon, membre de l'opposition libérale.

Ce projet devait être soutenu par les conseillers généraux socialistes ; la preuve en est que, le lendemain du vote, « *Le Travailleur* réclamait — après coup — ce libre choix ; il y avait dans cette cohésion des deux partis extrêmes un danger électoral que la majorité radicale devait conjurer ; au dernier moment les socialistes restèrent cois ; — pourquoi ? Cherche qui voudra ; — les médecins en prirent pour leur rhume et, comme on en fit une question politique, le « Libre-choix » fut enterré..... momentanément, dans le Nord.

Cet argument en faveur de notre thèse n'est pas fait pour nous déplaire.

Quant aux conseils municipaux, autant ne pas en parler ; la puissance de l'électeur, les questions particulières, s'y manifestent dans leur idéale beauté ; des maires ont causé de sérieux ennuis à d'excellents praticiens coupables d'avoir voulu faire des désinfections urgentes ; d'autres se sont efforcés d'empêcher de simples déclarations dont l'Administration aurait pu avoir connaissance ; ce n'est, certes, pas eux qui exigeront de leurs subordonnés ces déclarations des maladies transmissibles ; même dans les grandes villes, ils n'oseraient faire une application stricte de la loi ainsi réformée.

La crainte de l'électeur est donc, à tous les degrés de l'échelle parlementaire, le commencement de la sagesse.

Ce n'est pas le procès du régime que nous voulons faire en signalant ces faits qui furent de tous les temps ; c'est un simple constat, mais nécessaire à la cause que nous plaidons.

Les résultats moraux et sociaux en sont suffisamment désastreux pour que nous y insistions au risque de passer *pour un vil réactionnaire* ; — ce que nous ne sommes pas, Dieu merci, et loin de là ! — c'est le favoritisme éhonté, le fonctionnarisme débordant, la loi pénale sans sanction, la hâblerie philantrophique, les décorations abracadabrantes, l'abaissement des consciences, la gène financière, la recherche d'impôts bizarres qui permettront, tout en faisant risette à l'électeur, d'équilibrer le plus monstrueux des budgets. !

Nous n'avons pas tout dit ; mais ceci posé, qui peut nous reprocher ce prolégomène un peu long ? Son but n'est-il pas marqué d'avance !

Attirer l'attention de nos confrères sur les multiples obstacles qu'ils trouveront devant eux s'ils veulent, par un « donquichottisme » incompréhensible au temps où nous vivons, lutter dans cette société avec la vieille cotte de mailles du « Secret professionnel », doublé du cuir troué d'une dignité médicale mal comprise.

Que nos contradicteurs, — nous les sentons hélas ! venir trop nombreux pour nos faibles épaules, — veuillent bien nous faire assavoir comment, dans ces conditions, ils arriveront à faire transformer la loi de 1902 ? Comment ils entraîneront, mobilisant toutes nos forces, la déclaration obligatoire par le père de famille ?

Il nous eut été facile de nous reporter à l'*Officiel*, d'y rechercher les arguments de ceux qui, à la Chambre ou au Sénat, ont préconisé, pendant l'étude de cette loi, la déclaration par le médecin, la déclaration par l'intéressé.

Délibérément, nous ne l'avons pas fait, parce que ces arguments, pour ou contre, auraient pu spécieusement nous faire perdre de vue *la raison vraie* de la décision définitive : la crainte de l'électeur dans le souci de la réélection ; dégager sa responsabilité est le premier des devoirs d'un parlementaire !

Nous l'avons bien vu dans le vote pour l'indemnité supplémentaire ; la main sur l'échancrure du gilet, c'est à qui, devant l'émotion qui souleva le pays, cria le plus haut : « Raca » ! Puis nos légiférants pensèrent, avec justesse, que leur mandat commençait à peine et qu'en définitive, plaie d'argent n'est pas mortelle, surtout pour celui qui la fait.....

Or, la déclaration obligatoire par le père de famille pouvait être, aurait été immanquablement, une source intarissable de conflits entre mandataires et mandants, à tous les degrés, sous peine de voir la loi devenir lettre morte. Toutes les raisons qui ont été mises au jour dans le débat ne sont, à côté de celle-là, que de l'herbe dela Saint-Jean ; pourtant, nous sommes persuadés qu'elle n'y est point entrée *ostensiblement* en ligne de

compte : nos législateurs ont eu le soin « d'y penser toujours et de n'en parler jamais . »

Ici nous copions à peu près textuellement, pour conclure, une partie de notre article de septembre 1905, dans le *Petit Praticien* :

Donc, si la déclaration des maladies transmissibles par l'intéressé peut indisposer le public dont l'éducation n'est pas encore faite et dont les pouvoirs ne veulent pas faire *eux-mêmes* l'éducation, ce n'est pas une raison pour que son obligation disparaisse ; fille légitime des théories microbiennes, elle a directement hérité de leur influence et de leur force en haut lieu ; elle sourit d'autant mieux à nos élus qu'elle leur donne le bénéfice moral d'avoir fait quelque chose pour la santé du peuple ; mais c'est à nous seuls, médecins, qu'ils prétendent et prétendront toujours en laisser le soin..... et les ennuis.

Ceux qui fréquentent les assemblées électorales sont gens bien portants qui, dans la musique des mots, ne se sentent pas personnellement visés : la lutte contre les maladies contagieuses ! les conquêtes de la science ! l'hygiène adaptée aux besoins nouveaux ! etc., etc., et allez donc !

L'électeur dit : « C'est parfait ».

Mais nous, médecins, recevons en dehors de lui, confidentiellement, des préfets, des sous-préfets, conseils et bureaux d'hygiène, toutes sortes d'avis, de circulaires, de lettres de rappel, de carnets à souche, d'instructions spéciales, alors que le public sait à peine, ou plutôt ne sait pas, qu'il y a des maladies à déclarer et... que ce sont les siennes !

Les journaux eux-mêmes, qui, si volontiers, « tartinent » sur le contage et le microbe, se sont, jusqu'à présent du moins, montrés assez chiches de renseignements à cet égard, et pour cause : il faut que la loi ait son effet, mais il ne faut pas que l'électeur en rejette sur qui de droit les inconvénients ; ce serait dangereux. Derrière le mur d'un journal politique il y a toujours un parlementaire qui satisfait ses petits besoins.

Voilà la raison *déterminante*, et non avouée, de l'imposition de la déclaration au médecin ; la raison *durable* qui ne souffre pas qu'on l'impose au chef de famille. Les contribuables dont les affaires auraient à en souffrir ne déclareraient pas, ou, s'ils y étaient obligés sous la pression des pénalités, auraient tôt fait de manifester leur mécontentement et d'exiger de leurs mandataires, en une levée formidable, qu'ils lui laissent enfin la paix, en ayant assez déjà de leurs affaires de famille et de leurs soucis de métier.

Pères conscrits et Députés peuvent donc, en un geste large et inspiré, dire :

« Peuple souverain nous veillons sur ta santé ; « nous l'avons protégée par des lois basées sur « les plus magnifiques conquêtes de la Science ; « elles ne te coûtent rien ; grâce à la santé, tu « peux continuer à vaquer à tes affaires, à gagner « de l'argent, à vivre heureux. Nous ferons mieux « encore dans l'avenir : Tu peux voter pour nous!

Puis se tournant vers nous, ils nous disent, dans le tuyau de l'oreille : « Docteurs, nous ne sommes pas d'ici ; nous courons à notre occupation ; légiférer sans trève, ni repos ; nous remplissons ainsi notre devoir... A vous de remplir le vôtre, ou gare ! »

Le nôtre ? Parbleu ! celui d'être le mouton bêlant et tondu, ou, si vous préférez, d'être le bouc émissaire, chargé des péchés des Chambres-Israël, qu'on chasse vers le désert aride !

Ainsi les inconvénients d'une loi bonne en elle-même tombent, et continueront à tomber, *sur le seul médecin praticien*, sur celui qui voit *beaucoup de malades, beaucoup de pauvres gens, beaucoup de milieux infectés*, où maigre est sa récolte d'honoraires.

Non ! on ne transformera pas la loi ; nous avons beau avoir plusieurs confrères au gouvernement, et une centaine à la Chambre et au Sénat ; leur flottante bonne volonté d'hommes politiques n'y changera rien ; la déclaration nous restera.

Et elle nous restera d'autant plus que les « Officiels » de la Médecine, ceux qu'on écoute si volontiers là-haut, ont été jusqu'ici presque tous d'accord pour nous l'imposer.

Brouardel lui-même, qui n'oublia pas souvent, dans sa haute situation, les intérêts moraux et matériels du Corps médical, n'a pas su, lorsqu'il fut président du Comité consultatif d'Hygiène, épargner aux médecins, comme le dit alors la *Semaine médicale*, la situation que leur fait la loi de déclaration ; et, naguère, nous avons assisté à ce spectacle écœurant de l'Académie de Médecine applaudissant M. Monod, directeur de l'hygiène publique, quand il réclamait *contre nous « pour donner force d'exécution à la loi ,l'appui de la Magistrature* ! »

Si donc notre « Grand Etat-major », si notre corps enseignant même, n'ont pas protesté contre « l'obligation de la déclaration par les praticiens » sur lesquels elle retombe, en fait, tout entière ; si l'ambiance politique, si les intérêts électoraux sont, et *ne peuvent pas être* d'accord avec eux, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, il est inutile de tenter la chance d'une réforme de la loi *dans son essence* ; nous devons l'accepter parce que nous ne pouvons faire autrement, mais il nous appartient d'en tirer professionnellement tout le parti possible.

En vertu de l'adage : « Entre deux maux il faut choisir le moindre », nous en tirerons tout le parti possible si nous réussissons à convaincre nos confrères que ni le « Secret médical », ni la dignité médicale ne sont ici véritablement en jeu.

C'est ce que nous essayerons de faire dans un article prochain.

Dr L. Declercq.

Rédacteur au *Petit Praticien du Nord*,
Ancien Directeur du Bureau d'Hygiène de Lille.
5 février 1907.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'honneur Médical.

A PROPOS D'ALIÉNATION MENTALE ET DES RAYONS X.

Après le C. E. M. S. qui nous menaçait, voici pis encore. C'est notre propre honneur qu'il nous faut défendre. Le médecin est désormais capable de tout. Il est vrai que jusqu'ici ils se sont montrés si isolés, si incapables de cohésion, si oublieux les uns des autres, que leurs efforts ont été stériles.

Il a été dit, je le prouvais en l'*Actualité médicale* dans un article, qui, envoyé aux intéressés, fit quelque bruit, que les médecins ne pouvaient devenir radiographes, « savants honnêtes », sans doute, comme les non-médecins s'intitulent — surtout les médecins licenciés ès-sciences si nombreux aujourd'hui. Aujourd hui on accuse les médecins, devant les syndicats ouvriers, d'être des malhonnêtes gens et des incapables ; qui plus est, on l'imprime.

Dans un autre domaine, où notre confrère Clémenceau place les préfets, comme compétence, d'après une récente circulaire, au-dessus des médecins, pour apprécier l'aliénation mentale, voici ce qu'écrit le *Matin* du 7 janvier 1907 sous la signature de Jean d'Orsay :

« Entrepreneurs, commercants, les directeurs d'asiles privés cherchent à tirer tout le profit possible de leur négoce en diminuant leurs frais généraux et en augmentant leur clientèle. Quand ils ne sont pas eux-mêmes docteurs en médecine, ils recrutent des médecins à bon marché, spécialistes improvisés dont la compétence, d'ailleurs, échappe a tout contrôle. Ces médecins sont dans la situation de véritables employés ; ils diagnostiquent par ordre la folie ou la guérison ; leur dépendance matérielle abolit en eux toute velléité d'indépendance scientifique. S'agit-il d' « élargir un malade riche et bien payant, le directeur saura faire comprendre au médecin qu'il importe de se montrer sévère sur les symptômes de guérison, quitte à se montrer plus accommodant quand il s'agira de se débarrasser d'un indigent. »

Et plus loin, parlant d'une visite de M. Mirman à l'asile de Leyme :

« ... On lui fit attendre une longue heure l'arrivée des premiers dossiers. On les lui remettait les uns après les autres, par petits paquets. Tous étaient parfaitement ordonnés ; de nombreux certificats de médecins, des observations cliniques détaillées attestaient la vigilance avec laquelle chaque malade avait été soigné. Et M. Mirman se réjouissait déjà de ne rien rencontrer d'anormal ni d'irrégulier ; il se préparait à féliciter le médecin de l'établissement, quand soudain, en feuilletant avec son doigt mouillé le dossier d'un fou mort depuis trois ans, il s'aperçut que l'encre des écritures était fraîche comme si ce vieux dossier venait d'être à l'instant constitué. « Qu'on me fasse venir sur le champ le médecin et qu'on m'apporte les dossiers tous à la fois ! ». Les employés qui l'entouraient se regardèrent consternés. Il n'y avait pas de dossiers, et le médecin, dans une pièce voisine, fabriquait, avec ses souvenirs ou son imagination, l'histoire prétendue de plusieurs centaines de fous, morts ou vivants. »

***

On généralise à outrance en notre temps. N'y a-t-il nulle part, en aucune profession, de gens honnêtes ? et pour des faits isolés, faut-il partout en voir de semblables. En admettant que ce soit vrai, encore conviendrait-il de ne pas jeter une universelle suspicion ! « Calomniez, calomniez », c'est ainsi qu'on entrave les gens et les choses. Les médecins n'ont plus à s'attaquer, mais bien à se défendre aujourd'hui, à utiliser le mouvement de cohésion que le C. E. M. S. a produit.

Les syndicats ouvriers sont ameutés contre nous au point de vue radiographique. Les médecins, fonctionnaires des compagnies, tripatouillent les épreuves. Et cela fut dit à la Bourse du Travail par des « savants honnêtes », comme modestement ils s'intitulent eux-mêmes, le 5 janvier dernier !

Si des médecins tripatouillent des radiographies pour plaire aux compagnies d'assurances, pourquoi seraient plus honnêtes les non-médecins ? J'avoue que, puisqu'il s'agit d'hommes dans les deux cas, je ne saisis pas très bien comment un diplôme confère la malhonnêteté ! si les intéressés arrivent à me faire comprendre cela, je leur en serai bien reconnaissant !

Et puis, tous les médecins ne sont pas attachés aux compagnies d'assurances ; en ce qui me concerne notamment, je n'ai pas la plus petite fonction rétribuée, et cependant j'ai fait des radiographies d'accidents du travail ; j'avoue même que je ne tiens pas à en faire, maintenant que le côté scientifique n'en paraît plus avoir de surprises ni d'originalité.

Mais si la question pécuniaire me laisse froid en l'espèce — j'ai écrit depuis longtemps ce que j'en pense — l'attaque directe à notre profession n'est nullement pour me laisser indifférent.

***

L'enseignement de la radiographie manque, dit-on, et pour répondre à cela, aucun de mes confrères n'a songé à mon enseignement libre de l'École Pratique fait depuis 1892-93 pour l'électrothérapie et depuis 1896-97 pour la radiologie, cours depuis tant reproduit. On se borne à manquer d'arguments plutôt que de citer un confrère. Certains s'imaginent ainsi — comme ils retardent ! — qu'ils enverraient des clients à l'auteur cité !

On a prétendu encore que les brûlures par rayons X n'étaient dues qu'aux médecins, mais c'est que seules sont longues les séances de radiothérapie et non la prise de radiographies.

Cette levée de boucliers contre les médecins est une mauvaise œuvre pour les intéressés eux-mêmes. Je ne parlerai ni de nos intérêts, ni de notre dignité, ils n'en ont que faire. Mais enfin, les radiographes non médecins ne peuvent diagnostiquer, en fait d accidents du travail, que les fractures, les luxations et les corps étrangers, mais est-ce là tout ce qui peut se produire ? Que non pas ! Et puis, il ne suffit pas de diagnostiquer, il faut soigner, et l'on enlève au malade cette belle et justifiée confiance dans le médecin, si puissante pour guérir.

C'est le contrôle du médecin expert que veulent les ouvriers, car, m'a-t-il été dit à la Bourse du Travail où j'ai été très aimablement reçu, le médecin expert reçoit généralement l'ouvrier blessé très mal, le rudoie, le tutoie et l'examine peu. Il faut donc le contrôler et craindre ce contrôle, c'est donc avoir son ignorance à masquer !

Raisonnement spécieux en l'espèce surtout. Fait-on contrôler un électricien par un serrurier, un architecte par un maçon ? Nous voulons bien du contrôle de gens dont nous n'avons pas à reconnaître exceptionnellement la valeur, mais de façon constante et motivée. Il faut se rendre compte que l'obtention d'une radiographie est une besogne, le plus souvent machinale, de manœuvre, quoique l'on veuille prétendre et qu'on la fasse même dans des plans perpendiculaires, ce que des ignorants font d'ordi-

naire, mais le médecin seul peut et doit faire le diagnostic. Louis XVI faisait bien de la serrurerie ; un médecin peut bien faire cette besogne mécanique, qu'est la prise de la radiographie. Il y a des savants, des « savants honnêtes » parmi les radiographes ; nous ne le contestons pas, mais quant à contrôler nos *diagnostics médicaux*, quelle prétention !

Le médecin expert, à nombreuses expertises et qui en vit ; le radiographe non médecin qui sera dans le même cas, seront tous deux dans la main des magistrats et des compagnies ; ce qu'il faudrait, c'est un grand nombre d'experts, ne pouvant vivre de leurs expertises — aux tribunaux, on préconise le contraire pour les mieux tenir — vivant normalement de leur métier et par suite indépendants. Voilà la vraie solution : des gens compétents, mais libres, nombreux et faciles à choisir, pour qui il n'y aurait que des honoraires comme ceux du client ordinaire et qui chercheraient à le satisfaire. Pas de fonctionnaires, mais des gens libres et indépendants. C'est ce qu'on n'aime plus ! Dans le doute, un professionnel de même nature, donc rival de l'autre, intéressé à mieux faire, le contrôlerait. Mais de grâce, le diagnostic médical appartient au médecin : si celui-ci recourt à des aides, qu'il en ait toute la responsabilité et que les aides ne prétendent pas lui en remontrer surtout, ni prendre sa place.

Parce que quelques médecins radiologistes ont une réputation usurpée, pourquoi s'en faire une arme contre tous en leur attribuant une valeur qu'on leur dénie *in petto*, alors qu'on connait les plus nombreux et les plus forts !

La question est considérable, nous aurons l'occasion d'y revenir ; puisque aussi bien il nous faut défendre notre honneur scientifique et professionnel, nous n'y faillirons pas.

Dr Foveau de Courmelles.

N. D. L. R. Nous nous sommes empressés d'emprunter cet excellent article à la *Revue Médicale*.

Les vues qu'il expose sont les nôtres. Nous avons même pris la liberté de souligner tout un passage ou notre excellent confrère, M. le Dr Foveau de Courmelles indique nettement l'état de choses vers la réalisation duquel nos Sociétés de défense doivent faire leur effort commun. — *La Société des médecins-électriciens* a là un rôle Syndical à remplir, et elle sera soutenue par tous les autres groupements qui ne veulent d'aucun monopole illégitime, ni d'ordre médical ni surtout extra médical.

Les honoraires du médecin aux non-indigents admis dans les hôpitaux.

Dans un grand nombre d'établissements hospitaliers de province, l'hospice et l'hôpital, sont réunis. Sous le toit commun les Commissions administratives avisées arrivent pourtant à une séparation rationnelle de régime et de règlement entre les deux catégories d'hospitalisés.

Mais il persiste souvent un abus commun à l'une et l'autre : l'égalité de droits entre l'assisté et le payant, surtout quand il s'agit des soins du médecin. D'où la tendance des familles aisées à se débarrasser à bon compte des vieux parents infirmes et maladifs en les faisant admettre à l'hospice, sinon au régime du pauvre, au moins avec quelques douceurs et suppléments, mais dans lesquels ne sont jamais compris les honoraires du médecin.

Eh bien ! là comme ailleurs, le médecin doit faire sa campagne d'intérêt général sans s'arrêter au reproche de parler pour son saint parce que cet intérêt général cadrerait avec son intérêt particulier. Qu'on ne vienne pas, pour se donner le droit de ne pas bouger, invoquer la mentalité des Commissions administratives, car nous affirmons n'avoir trouvé que désir d'équité et d'intelligent progrès quand nous avons été mêlé à la délibération ci-dessous, prise à l'unanimité, pour tuer, dans l'hospice, l'abus déjà supprimé à l'hôpital depuis bien des années par d'autres administrateurs tout aussi dignes d'éloges.

Hospice civil de Meulan
(Seine-et-Oise)

Séance du 14 septembre 1906

(Extrait du procès-verbal)

Du Registre des Délibérations de l'hospice civil de Meulan et notamment de la séance du 14 septembre 1906 il a été littéralement extrait ce qui suit :

M. le Président rend compte d'un récent incident relatif à la visite par le docteur de service à un *pensionnaire* entré et tombé malade le lendemain.

Cet incident a remis à l'ordre du jour la question du paiement des honoraires au docteur de service lorsqu'il s'agit de pensionnaires payants et par conséquent de personnes pouvant payer les visites du docteur.

M. le Président demande qu'une fois pour toutes cette question soit nettement tranchée pour qu'il ne subsiste aucun doute à l'avenir.

M. le docteur Jeanne rappelle que *l'établissement est fait pour les pauvres* et est d'avis que si certaines familles aisées mettent leurs parents à l'hospice, soit en chambre particulière, soit même dans la salle commune afin de n'avoir de leur part aucune gêne personnelle, il est de toute justice que le Docteur traitant touche pour ses soins à l'hospice les honoraires auxquels il aurait eu droit en soignant ces malades dans leur famille ou à leur domicile.

Beaucoup de familles se sont basées sur ce que l'imprimé actuel d'engagement de payer les frais de séjour ne portait rétribution au médecin traitant qu'au cas où une opération devrait être pratiquée à l'hôpital.

Cette question d'honoraires particuliers du docteur traitant soulève une très longue discussion à laquelle tous les membres prennent part et donnent successivement leur opinion.

Le fait de la rétribution au médecin traitant est finalement adopté *à l'unanimité*.

Quelques questions de détails sont cependant envisagées :

M. P. dit notamment que certains pensionnaires actuellement à l'hospice ont un répondant pour une somme de pension nette par an et qu'il ne croit pas que ce répondant voudra contribuer à un supplément qui comprendrait les frais de médecin.

M. Jeanne dit que la commission est toujours libre d'augmenter le chiffre des pensions ainsi que le prix de journée qu'il trouve d'ailleurs trop peu élevé.

M. P. est de cet avis.

M. le Président fait remarquer d'autre part que certains pensionnaires sont entrés en versant une somme de... à forfait en entrant, et que ces personnes n'ont plus aucune ressource.

Sur l'avis de M. Jeanne la commisson décide que ces pensionnaires entreront dans la catégorie des

indigents et que le docteur traitant leur devra ses soins gratuits.

Après avoir résumé cette importante question, la Commission décide :

« Que pour les malades payant pension soit par « eux-mêmes, soit par leur famille, le docteur trai- « tant aura droit à des honoraires qu'il pourra ré- « clamer aux intéressés sans recours contre l'hospi- « ce qui ne sera jamais responsable.

« Que ce nouveau régime entrera en vigueur le 1er « octobre prochain.

« Que pendant la période de transition, la commis- « sion fera pour le mieux pour assurer au médeci « traitant le recouvrement de ses honoraires.

« Que l'engagement actuellement signé par le « malade responsable sera modifié en ce sens qu « le paragraphe final sera libellé comme suit :

« *En outre, le médecin traitant aura, droit, sauf le cas « d'indigence prouvé par subvention de l'hospice, du bu- « reau de bienfaisance ou de la commune ou par admis- « sion à forfait, à des honoraires de soins à domicile « pour lesquels, s'il est nécessaire, il aura recours contre « M... ou les responsables à lui substitués.* »

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Fédération des Syndicats médicaux du Calvados.

Réunion du 16 décembre 1906

La séance est ouverte à 4 heures et demie, sous la présidence de M. le Dr Barette, président provisoire.

La correspondance comprend les lettres de MM. les Présidents des Syndicats médicaux du Calvados, annonçant que leurs syndicats ont approuvé les statuts de la Fédération élaborés dans la séance du 14 octobre 1906 et ont adhéré à ces statuts. En conséquence, lorsque l'élection du bureau définitif aura été faite, les statuts seront, aux termes de l'article 5 de la loi du 21 mars 1884, déposés à la Mairie de Caen.

MM. les Présidents des syndicats ont également envoyé la liste des délégués de chaque syndicat à la Fédération départementale :

Bayeux : MM. Davy, Chodorowski, Gallier, Brée.

Caen : MM. Osmont, Noury, Charbonnier, Barette.

Lisieux : MM. de Cornière, Leprévost, Surtouques, Hue.

Pont-l'Evêque : MM. Rachet, Lihou, Chevillot, Laisné.

Vire : MM. Pelvet, Wollenweber, Trolley, Lepelletier.

Sont présents : MM. Barette, Brée, Charbonnier, Chevillot, Chodorowski, Davy, Gallier, Hue, Laisné, Madelaine, Noury, Osmont, Rachet, Trolley, Wollenweber, Ouvry (suppléant de Surtouques).

Excusés : MM. de Cornière, Leprévost, Lihou, Pelvet, Lepelletier.

Conformément à l'article 5 des statuts, il est procédé, au scrutin secret, et successivement, à l'élection des membres devant constituer le bureau définitif de la Fédération.

Sont élus pour deux ans :

MM. Barette, *Président.*
Rachet, *Vice-Président.*
Madelaine, *Secrétaire-Trésorier.*

Les membres du bureau remercient leurs collègues de l'honneur qu'ils leur font et les prient instamment de leur continuer une active collaboration pour le bien et la force des syndicats médicaux du Calvados.

Le Président. — Il a été décidé, à la dernière et très récente réunion de l'Union des syndicats de France, qui a eu lieu à Paris, que toutes les unions de syndicats comprenant un ou plusieurs départements, prendraient le nom de Fédérations afin de bien les distinguer de l'Union centrale (Union des Syndicats), dont le siège est à Paris. Notre Union va donc prendre définitivement le non de *Fédération des Syndicats médicaux du Calvados*, et nos statuts vont être déposés sous ce titre à la mairie de Caen (loi du 21 mars 1884).

Syndicat et Mutualités

MM. les Délégués exposent les conclusions adoptées dans chaque syndicat. A propos de cet exposé, quelques délégués se plaignent que dans certains endroits, des confrères, même syndiqués, refusent de toucher des honoraires de la part des sociétés mutualistes. Cette façon d'agir est préjudiciable aux intérêts des autres confrères et crée une véritable concurrence déloyale.

Le Président. — Il y a là une affaire de discipline syndicale. Il faudrait que les présidents des syndicats s'efforcent de convaincre les confrères du préjudice qu'ils causent à leurs collègues. S'ils persistaient, l'intervention du Bureau de l'Union pourrait être demandée. Si, enfin, ils ne voulaient pas suivre la discipline syndicale, chaque syndicat devrait appliquer les sanctions prescrites par les statuts.

M. Rachet, vice président. — Il est absolument nécessaire qu'il y ait un accord absolu entre tous les membres du corps médical, syndiqués ou non, pour nous entendre avec les Sociétés mutualistes du Calvados, fédérées ou non. Nous ne sommes pas les adversaires des mutualités, au contraire, nous sommes mutualistes nous-mêmes. Mais les conditions d'existence, le nombre chaque jour croissant des mutualités, obligent à faire une réforme importante, aussi bien au non de l'intérêt et de la dignité des mutualistes que de l'intérêt et de la dignité du corps médical. Il faut arriver à une entente définitive après discussion préalable. Après quoi la mise en pratique des résolutions de la Fédération pourra être abordée.

M. Barette. — Je pense absolument comme mon collègue et ami Rachet, aucun de nous n'est l'adversaire des Sociétés de secours mutuels, au contraire, mais la situation a bien changé : nous n'avons plus affaire à quelques Sociétés mutualistes ; aujourd'hui, demain, tout le monde sera mutualiste, le travailleur modeste et le riche, l'ouvrier et le patron, le gros industriel comme le petit commerçant. Et il arrive que toutes ces Sociétés vivent grâce à deux sources de bénéfices : les membres honoraires (et nous souhaitons qu'elles en aient un très grand nombre) et les réductions d'honoraires du service médical. En un mot, les mutualistes vivent en partie de l'aumô-

ne que leur font les médecins. Voilà la question qui mérite étude et discussion.

Vous savez qu'à la suite de la décision prise à la réunion de Lisieux, le 22 avril dernier, j'ai obtenu de la Fédération mutualiste du Calvados qu'un médecin, par arrondissement, fasse partie à titre consultatif de la commission médicale et pharmaceutique de la Fédération. Mais il faut savoir aussi que beaucoup de sociétés mutualistes du Calvados ne font pas partie de cette fédération. Il va donc être nécessaire que nous fassions connaître, d'une part, au bureau de la Fédération et aux Sociétés mutualistes non fédérées, notre décision d'aujourd'hui. Elle devra servir de base et de point de départ aux discussions qui devront amener l'entente finale et un *modus vivendi* définitif.

Elle peut être formulée ainsi : « Les Syndicats « médicaux du Calvados estiment que la liberté « du choix du médecin est applicable à tous les » malades. Vu les conditions d'existence actuel- « le des mutualités, ils estiment que les soins « médicaux seront donnés aux mutualistes « quels qu'ils soient sans tenir compte de leur « qualité de mutualiste et à un tarif proportion- « nel à leur situation sociale ».

FÉDÉRATIONS RÉGIONALES DE SYNDICATS.

Le Président. — Au mois de juin dernier, j'ai reçu un travail du Dr Bolliet, de Lyon, préconisant la formation de fédérations régionales de syndicats, divisant la France en un certain nombre de groupements. Le 25 juin, dans une lettre qui fut publiée dans le *Concours Médical*, je me bornai à lui faire remarquer que le Calvados, la Manche et l'Orne, qu'il plaçait dans trois groupements différents, formaient, au contraire, une région parfaitement déterminée, unie par des intérêts commerciaux agricoles, universitaires, etc., etc. A la dernière réunion de l'Union des syndicats, plusieurs confrères ont montré le danger de ces fédérations très étendues pour l'Union. Sans nier l'intérêt qu'elles pouvaient avoir et sur la proposition de MM. Granjux et Jeanne, il a été décidé que l'Union des Syndicats médicaux de France accepterait la formation des fédérations à la condition qu'elles lui soient toutes affiliées. Notre collègue Rachet et plusieurs autres ont défendu vigoureusement cette thèse que les fédérations véritablement utiles sont les fédérations départementales, dont le contact avec l'administration et les corps électifs est immédiat et constant. C'est ainsi que nous formons la fédération du Calvados, qui sera bientôt complétée par le syndicat de Falaise. Cette question pourra de nouveau être traitée dans notre réunion statutaire de février.

CERTIFICATS DE L'ASSISTANCE OBLIGATOIRE

M. le Préfet du Calvados, dans une circulaire du 11 décembre courant, relative aux certificats médicaux de l'Assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, a écrit ceci « Les certificats délivrés « par les médecins du service de l'Assistance sur « la réquisition des maires ou du préfet, donnent « lieu à une rétribution totale de 2 francs, y com- « pris le prix de la visite ou de la consultation, « que le certificat soit délivré au cabinet du mé- « decin ou au domicile de l'assisté résidant dans « la commune du médecin, quelle que soit d'ail- « leurs l'étendue de cette commune. » Les délé- « gués des syndicats font observer qu'on demande encore une réduction aux médecins sur leurs honoraires. L'établissement du certificat demande un examen plus minutieux et plus complet, celui ci doit être rétribué en plus de la rédaction du certificat.

Le Bureau de la Fédération est chargé de présenter à M. le Préfet ces observations ; les médecins du service de l'Assistance demandent que le prix du certificat, soit 2 francs, soit ajouté à celui de l'examen du malade, compté comme visite à domicile ou consultation.

Séance de février 1907. — Les syndicats sont priés d'envoyer leurs desiderata à la loi sur la vaccination obligatoire et les propositions qu'ils proposent pour la réformer.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen

Décisions prises à la séance du 19 janvier 1907

Présents, 20 membres sur 57. — MM. Osmont, président, Auvray, de Caen, Barette, Catois, Chambon, Duvivier, Hauttement, Jamin, Gidon fils, Hue, Lecornu, Lefèvre, Léger fils, Madelaine, Noury, Parat, Postina, Quermonne, Saussol, Charbonnier, secrétaire.

Excusés : MM. Auvray (de Dives), Barbier, Gidon père, Laurent, Masson et Pichereau.

Le Syndicat adhère à la *Loterie organisée en faveur des infortunes du Corps médical.*

Il adhère également à l'*Assemblée nationale des Médecins de France* (*Congrès des Praticiens*), qui se tiendra à Paris en avril prochain.

Les *Drs Osmont* et *Charbonnier* sont délégués pour représenter le Syndicat à ce Congrès.

Le Président prie tous les membres du Syndicat d'envoyer leur adhésion à cette Assemblée Nationale dont le but est de *grouper tous les praticiens de France sans exception* pour faire aboutir nos justes revendications.

Le Président de la *Fédération des Syndicats médicaux du Calvados* informe les membres du syndicat qu'il leur fera parvenir incessamment le compte rendu de la dernière séance de la Fédération, qui s'est tenue le 16 décembre dernier, ainsi que le texte de la circulaire qui devra être adressée à tous les Présidents de Sociétés de secours mutuels.

La circulaire ci-après, adoptée et signée par tous les membres présents, sera ensuite envoyée également à tous les présidents de Sociétés de secours mutuels de l'arrondissement de Caen.

Caen, le 1907.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Les Médecins soussignés, membres du Syndicat médical de l'Arrondissement de Caen, réunis en Assemblée générale, ont l'honneur de vous informer qu'ils ont résolu, à partir du 1er janvier 1908 :

De résilier le contrat écrit ou verbal qui, actuellement, peut encore être en vigueur entre eux et la Société de Secours Mutuels que vous dirigez.

Ils estiment en effet, que le principe de la liberté du choix du médecin est imprescriptible et ap-

plicable à tout malade, qu'il soit mutualiste ou non

Ils considèreront donc à l'avenir les membres de votre Société comme des clients ordinaires les soignant suivant un tarif proportionnel à leur situation sociale.

Nous sommes convaincus qu'en agissant ainsi, nous témoignons largement de notre sympathie envers votre œuvre de prévoyance, tout en prenant les intérêts du Corps Médical.

Persuadés d'ailleurs que vous saurez reconnaître que ces principes, admis déjà par beaucoup de Sociétés mutualistes, ne peuvent que vous faciliter le but que vous poursuivez, nous avons résolu, Monsieur le Président, de rester toujours et quand même inébranlables dans les principes de notre détermination.

Veuillez, etc.

Les Confrères qui n'assistaient pas à la séance et qui n'ont pu, par conséquent, apposer leur signature au bas de cette circulaire, sont priés d'adresser au Secrétaire, dans le plus bref délai possible, leur adhésion au texte publié ci dessus.

Modification des Statuts

Sur la demande du Président, l'article 25 des Statuts (Fonctionnement du Bureau) est ainsi modifié :

Les Membres du Bureau se réuniront toutes les fois qu'ils le jugeront utile sur convocation du Secrétaire.

Ils seront tenus d'assister aux séances sous peine de payer au Trésorier une amende de cinq francs par absence, sauf pour les cas de force majeure.

Toutefois, il leur sera possible de s'excuser sans être tenus de payer l'amende, mais pour trois réunions par an seulement.

Honoraires médicaux et Assistance médicale gratuite

Cette importante question a fait naître une longue discussion à laquelle prennent part la majorité des Membres présents.

Finalement, il est décidé qu'une Commission, composée des confrères Chotard, Jamin, Parat et des Membres du Bureau, élaborera, d'ici la réunion d'avril, un tarif d'honoraires qui, après son adoption par le Syndicat, sera soumis à la *Fédération des Syndicats médicaux du Calvados*.

Ce tarif, unifié pour tout le département, sera déposé à la Préfecture pour être présenté au Conseil Général à la session d'août 1907.

Honoraires médico-légaux.

La lecture d'une lettre adressée par le Dr Guiot à ce sujet, fait émettre au Syndicat le vœu que la question des honoraires médico-légaux, ainsi que la délivrance du certificat d'aptitude à l'exercice de la médecine légale, soient étudiées par *l'Union des Syndicats Médicaux de France*.

Le Dr Noury communique une lettre de la Société « l'Alimentation », lui demandant de donner, moyennant forfait, ses soins aux Membres de cette Société.

Notre confrère a naturellement refusé et le Syndicat profite de l'occasion pour mettre ses Membres en garde contre de semblables propositions qui sont contraires à la décision prise plus haut (Circulaire aux Mutualités).

En fin de séance, le Dr Barette dépose, pour les mettre aux archives du Syndicat, les documents relatifs à sa fondation.

La séance est levée à 4 heures 15.

N.-B. — La prochaine Assemblée ordinaire aura lieu dans la première quinzaine d'avril. Elle sera obligatoire et sera précédée d'un déjeuner confraternel dont le prix est fixé à 5 francs.

Le Secrétaire,

Dr CHARBONNIER.

CORRESPONDANCE

L'application des tarifs médico-légaux

Condé-Smendou, 26 janvier 1907.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

La question posée par M. le Dr Faguet, de Périgueux, dans les derniers numéros du *Concours*, nous intéresse tout spécialement, médecins algériens qui touchons en général de gros honoraires de justice criminelle.

Jusqu'ici le Parquet général d'Alger nous a toujours ordonné le paiement à 10 francs de l' « opération autre que l'autopsie » consistant en un examen gynécologique au spéculum.

Dans le dernier mémoire que j'ai fourni, j'avais compté, dans une affaire de pédérastie, pour l'examen anal, une « opération plus difficile » sans plus de détails. On me renvoya le mémoire en me priant de définir cette opération plus difficile : j'ajoutai simplement « examen au spéculum anal » et mon mémoire fut rendu exécutoire.

Vérité en deçà, erreur au-delà ?

Il n'y a pas d'ailleurs que les docteurs Lande et Jeanne qui comprennent sous cette dénomination l'examen au spéculum. Vibert dans son classique Précis de médecine légale (6e édit. *Baillière*, 1903) dit page 25. « Opération autre que l'autopsie. Sous ce « nom on comprend habituellement les examens « qui nécessitent l'emploi du spéculum ou l'enlève« ment et la réapplication d'un pansement compli« qué ».

Pourquoi le Procureur général veut-il rompre avec la tradition ? Pour obéir aux prescriptions de la circulaire Sarrien commandant et recommandant les économies dans les frais de justice criminelle.

Il est bien certain que ce n'est pas pour cette misérable question de deux francs que nous nous préparons à protester. Combien de fois m'est-il arrivé appelé sur réquisition, de pratiquer en plein air ou dans de misérables gourbis, de grandes opérations comme laparotomies, résection de hernies épiploïques, etc., qui ne m'ont été payées que dix francs comme « opération plus difficile », — plus difficile certes — que quoi, je n'en sais rien, mais à coup sûr plus difficile.

A avoir des principes, nous ne saurions en avoir moins qu'eux, et je remercie le « Sou médical » d'avance pour la lutte qu'il entreprend.

J'adresse aujourd'hui même un mémoire qui comprend une opération plus difficile : Examen gynécologique au spéculum (viol). Si on me refuse cette allocation de dix francs, que faut-il faire ?

Réponse. — Maintenir votre demande.

Une autre question. — Il y a en Algérie, entre indigènes, des rixes journalières : des témoins vrais ou faux sont constitués et le blessé poursuit son agresseur. Le plus souvent un certificat médico-légal nous est demandé, mais si le médecin entretient avec l'administrateur ou le juge des rapports un peu tendus, ceux-ci dispensent la victime de cette formalité, nous font perdre ainsi le bénéfice du certificat (5 fr.) et le juge, à l'audience, alloue des dommages-intérêts, en « connaissance de cause ».

Cela est-il régulier ?

Réponse. A nos yeux de profanes, c'est l'arbitraire pur et simple : dans certains prétoires c'est par euphémisme : user du droit souverain d'appréciation et du pouvoir du juge.

Ces choses-là ont cours légal.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La personne non qualifiée qui, en vue de guérir des femmes de certaines affections internes, se comporte en homme de l'art et procède à des massages abdominaux, commet-elle l'exercice illégal de l'art de guérir ?

La question a été tranchée dans le sens affirmatif par le Tribunal de Tournai, jugement confirmé par l'arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles (4e chambre) en date du 27 mai 1904, arrêt conçu dans les termes suivants :

« Attendu que les faits reconnus constants par le premier juge sont demeurés établis devant la Cour ;

« Qu'il résulte, en effet, des éléments de la cause que le prévenu, sans être à ce qualifié, a, habituellement, dans l'arrondissement de Tournai, depuis moins de 3 ans à l'époque de la citation, procédé, notamment, 3 ou 4 fois sur l'épouse X... et une dizaine de fois sur l'épouse Y..., à des massages abdominaux ayant pour but de les guérir d'affections internes dont elles étaient atteintes et pour lesquelles elles étaient traitées par des médecins;

« Que, spécialement en ce qui concerne l'épouse Y..., il l'a d'abord visitée et lui a dit quelle indisposition elle avait ; qu'il lui a ensuite prescrit de cesser tous remèdes et de supprimer même les injections ; que tandis que le médecin traitant avait recommandé le repos absolu et les précautions d'usage pendant quelques semaines encore, il lui a ordonné de se lever de suite ;

« Attendu que ces faits constituent sans le moindre doute l'exercice illégal de l'art de guérir ;

« Attendu que l'habitude se caractérise par la multiplicité des faits, alors même que les soins auraient été donnés à une ou deux personnes seulement ;

« Attendu que la peine prononcée par le premier juge, est proportionnée à la gravité de l'infraction ;

« Par ces motifs, la Cour met l'appel du prévenu à néant, confirme le jugement a quo et condamne le prévenu aux dépens. » (*Ann. de la Soc. de méd. lég.*).

Quand nos syndicats voudront constituer des dossiers avec le soin qu'exigent les Parquets avant de partir en guerre, il n'existera plus un seul département en France qui ne puisse enregistrer un ou plusieurs jugements semblables à celui de Tournai. — Mais aussi, ce jour-là, nous pourrons nous vanter d'avoir à la tête de nos Syndicats des Bureaux qui comprennent pourquoi on les a nommés.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître. — *Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, du Docteur Félix Roubaud, pour l'année 1907.

Contenant : Législation médicale et pharmaceutique, Législation militaire, Liste du personnel médical des Ministères et des Administrations publiques, des Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie, Enseignement supérieur, Ecole de hautes études, Corps savants, Académie des Sciences, Académie de médecine, Sociétés savantes, Etablissements thermaux, de bienfaisance, d'aliéné, Lycés, Théâtres, Hôpitaux, Clinique, Assistance publique, Préfecture de la Seine, Préfecture de police, etc., etc.

La liste par ordre alphabétique des docteurs et pharmaciens de Paris, leur classement par rues ;

La liste par ordre alphabétique et celle par départements des docteurs et pharmaciens de la France, Algérie, Tunisie, etc... (Listes établies d'après des documents officiels). 58e année. — Prix 4 francs.

A l'agence des Publications médicales et scientifiques : rue Tiquetonne, 62, Paris.

Traité des maladies de la voix chantée, par le Dr Antoine Perretière, ancien interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 30 pages. (A. Poinat, éditeur, 12, rue Jacob, Paris). 8 fr.

L'arthritisme et son traitement, par le Dr E. Bonnefoy, 1 vol. in-16 de 240 pages, 4 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Vient de paraître chez F. R. Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois.—Paris (VIe) **Manuel du candidat aux grades et emplois de médecin et pharmacien de réserve et l'armée territoriale** par le Dr P. Bouloumié, deuxième édition refondue et mise a jour par le Dr H. Viry, avec préface du médecin-inspecteur Chauvel. Un volume in-18 de 512 pages, avec 3 fig. dans le texte, broché, 5 fr.

Ce livre est pratique, complet et bref.

Il répond pleinement à son titre par ses six premiers chapitres où le candidat, étudiant ou docteur trouvera exposées toutes les questions qu'il doit connaître d'après les programmes ministériels. L'administration, l'organisation et le fonctionnement de l'armée et du service de santé y sont expliqués simplement et par suite leur étude y est aisée et rapide.

Les indications bibliographiques, sans encombrer le texte, permettent de retrouver au besoin les règlements résumés dans le texte. La table analytique des matières, placée en tête, sert de plans à l'ouvrage et une table alphabétique, très soigneusement établie, de glossaire des termes administratifs.

Une seconde partie, traitant de l'hygiène, de la pathologie et de l'épidémiologie militaires et de la chirurgie de guerre fournit les indications nécessaires à un médecin pour saisir les différences qui existent entre la pratique de la clientèle civile ou hospitalière et du groupement d'hommes qui constitue un régiment.

Signalons, au point de vue pratique, les pages traitant de la désinfection dans l'armée, celles exposant le détail des certificats médicaux et tout particulièrement les « Préliminaires » fournissant un exposé minutieux des diverses situations militaires des étudiants en médecine et en pharmacie ainsi que des docteurs ou pharmaciens.

Il faut aussi indiquer l'idée qui, visiblement, a guidé les auteurs : faire comprendre à leurs confrères quelle est la vie militaire, quel rôle chaque jour plus important y joue le médecin, et fournir à celui-ci un *vade mecum* lui permettant à tout moment de remplir sa tâche : assurer la santé du sodat.

En résumé, si ce *Manuel* est destiné à rendre les plus grands services aux candidats à qui il est destiné (médecins auxiliaires, aide-majors de réserve) il ne peut qu'être vivement apprécié pour ses qualités pratiques par tous les médecins appelés à faire un stage dans l'armée. Il sera même consulté avec fruit par les médecins de l'armée active dont il sera le memento.

Aussi cette seconde édition de l'ouvrage publié précédemment par le Dr Bouloumié, édition présentée aujourd'hui par le médecin-major H. Viry, mise par lui à jour d'après les règlements nouveaux appliquant la loi sur le service de deux ans, est-elle assurée du même succès qui avait accueilli la première apparition du *Manuel*.

REPORTAGE MÉDICAL

Un projet de créations d'infirmeries à Paris. — Dans le but de désencombrer les hôpitaux, le Dr Malbec a proposé la création d'infirmeries de quartier analogues aux infirmeries régimentaires, et destinées aux malades atteints d'affections légères, mais ne pouvant être soignés chez eux.

Ces infirmeries seraient installées dans les dispensaires de l'Assistance publique aménagés très simplement dans ce but, et munis de quinze à vingt lits. Le service serait assuré par une surveillante, un infirmier et une infirmière. Les malades feraient venir leur nourriture du dehors.

Nous aimons à croire que là, du moins, chaque malade serait soigné par son médecin, sans que la République en soit mise en péril.

Nos bicyclettes. — Au point de vue fiscal, elles sont sous le régime commun. Rappelons donc ce que devient celui-ci à partir du 1er février, date qui nous apporte le budget de 1907.

Aux termes de la loi de finances promulguée aujourd'hui, la taxe sur les vélocipèdes est réduite à 3 francs par place. Cette taxe sera perçue, à titre d'impôt indirect, par l'emploi d'une plaque fournie par l'administration contre payement de l'impôt.

La plaque devra être renouvelée tous les ans. Un arrêté du ministre des finances règle de la manière suivante la confection et le mode d'usage de la plaque.

Celle-ci sera en métal. Il y en aura deux. Le modèle A sera affecté aux plaques de vélocipèdes ordinaires, le modèle B aux plaques de vélocipèdes munis de machine motrice.

Les plaques seront frappées par l'administration des monnaies et médailles d'un poinçon spécial.

Les vélocipèdes seront munis d'autant de plaques qu'ils comportent de places.

La plaque sera fixée par le possesseur du vélocipède sur le tube de direction, soit au moyen de la lame métallique délivrée en même temps que la plaque, soit par tout autre procédé, de manière à se présenter de face sur le devant du vélocipède.

Pour les vélocipèdes à plusieurs places, la première plaque sera fixée à l'endroit déterminé par le paragraphe précédent, les autres sur les tubes diagonaux du cadre qui supportent chacune des selles, à partir de la seconde.

Les plaques des vélocipèdes à moteur mécanique ayant plusieurs plaques seront fixées les unes audessus des autres sur le tube de direction.

Les plaques doivent toujours rester apparentes sur les vélocipèdes.

3e congrès français de climathothérapie et d'hygiène urbaine.— Ce congrès se tiendra à Cannes — Nice — Monaco — Menton et Ajaccio, du 1er au 10 avril 1907.

Programme des rapports.

CANNES : I° Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire sur la Riviera française ; rapporteur : M. le Dr Chuquet, de Cannes. Question annexe : les maladies des voies aériennes supérieures : rapporteur : M. le Dr Roque, de Cannes. — 2° Les maladies nerveuses sur le littoral méditerranéen ; rapporteur : M, le Dr Sauvage, de Cannes-le-Cannet. Question annexe : Traitement physiothérapique dans ces maladies sur le littoral ; rapporteurs : MM. les Drs Bonnefoy et Josserand, de Cannes.

NICE : 3° L'hygiène de la ville de Nice ; rapporteur M. le Dr Balestre, de Nice. — 4° La goutte sur le littoral de la Riviera ; rapporteur : M. le Dr Moriez, de Nice.

MONACO : 5° L'hygiène dans la principauté de Monaco ; rapporteur : M. le Dr Vivant, de Monte-Carlo. — 6° Les poussières des routes sur le littoral méditerranéen ; rapporteurs : M. le Dr Chaboux, de Menton, partie théorique, et M. le Dr Gugglielminetti, de Monte-Carlo, partie pratique ; Démonstration et présentation d'appareils.

MENTON ; 7° L'hygiène à Menton ; rapporteur : M. le Dr Tartarin, de Menton. — 8° L'héliothérapie, les bains d'air, de lumière et de soleil dans la pratique journalière ; rapporteur ; M. le Dr Monteuis, de Sylvabelle — co-rapporteur ; M. le Dr Chiais, de Menton.

Séances — Excursions — Fêtes

Lundi. Concentration à Saint-Raphaël, à une heure à l'arrivée du rapide. — Réception à Saint-Raphaël, visite de la ville, puis départ pour Cannes. — Trajet en automobile, si le temps le permet, par la Corniche d'Or ou par la traversée de l'Estérel ; réunion à Cannes à 6 heures, Réception officielle par la municipalité. — Coucher à Cannes.

Mardi. Séance de travail à Cannes dans la matinée ; déjeuner à Juan-les-Pins ; promenade au cap d'Antibes et environs, retour par la Californie ; fête le soir au casino municipal ; bal Veglione et souper ; coucher à Cannes.

Mercredi. Séance de travail ; dans la matinée, à Cannes, déjeuner offert par M. Capron, maire de Cannes et Madame Capron ; visite des îles de Lérins ; promenade au Cannet ; réception au Cannet ; coucher à Cannes.

Jeudi. Séance de travail à Nice dans la matinée ; séance plénière à onze heures ; dans l'après-midi, visite et réception à Beaulieu ; dîner à Nice ; soirée au théâtre ; coucher à Nice.

Vendredi. Séance de travail le matin à Monaco ; visite de la ville et des environs dans l'après-midi ; réception au Palais vers cinq heures ; représentation théâtrale dans la soirée ; coucher à Monaco ou à Menton.

Samedi. Matin : séance de travail à Menton, banquet ; après-midi, visite de la ville et des environs : cap Martin, la frontière italienne ; le soir fête ; coucher à Monaco ou à Menton.

Dimanche. Matin : départ pour la Corse où les congressistes arriveront dans la soirée. Excursions facultatives dans la région (Grasse, Thorenc, etc.)

***

Le programme de l'excursion en Corse n'est pas encore arrêté, il sera publié incessamment ; les Congressistes, partant par bateau spécial le dimanche, auront la faculté de revenir à Marseille ou à Nice par un des bateaux de service quelconque.

Nota. — 1° Si le présent programme subit quelques changements, ceux-ci ne porteront que sur quelques points de détail et seront notifiés aux intéressés.

2° Des réductions importantes, de 25 0/0 au moins, seront consenties en faveur des membres du Congrès et de leur famille dans tous les hôtels et restaurants de la région ; réduction de 50 0/0 sur les prix de transport (tarif plein) en chemin de fer et bateaux.

Mais il va sans dire que ces réductions ne seront consenties qu'aux souscripteurs et dans les conditions rigoureusement fixées par les statuts. Pour avoir droit aux réductions sur les chemins de fer et bateaux, les adhésions doivent être envoyées au secrétariat général, *avant le* 10 *mars*, dernier délai.

Pour tous les renseignements s'adresser au secrétaire général :

Dr Verdalle, 1, boulevard d'Alsace à Cannes.

Pour tout ce qui regarde la trésorerie :

Dr Bienfait trésorier général villa Louis-Marie, boulevard d'Alsace, à Cannes.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 8 23 FÉVRIER 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie - Intérêts professionnels.

SOMMAIRE

L'ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(Congrès des Praticiens)

Paris, le 14 février 1907

Monsieur le Docteur JEANNE,

Rédacteur en chef du *Concours Médical*.

Mon cher Collègue et Ami,

Pour le prochain numéro du *Concours*, je vous envoie toute une série de documents que j'ai reçus : une lettre du Dr Reynès qui a l'intention de faire une conférence à Marseille ; une lettre du Dr Marquezy, Neufchâtel-en-Bray ; une lettre et une circulaire du Dr Boudin tout à fait intéressantes ; des lettres du Syndicat du Bas-Vivarais, du Syndicat des Médecins de Nice, du Dr Le Clerc, de Saint-Lô, au nom des médecins de la Manche ; une lettre du Dr Siredey annonçant l'adhésion de la Société Médicale des hôpitaux de Paris.

Un point très important à l'heure actuelle, et dont il faudrait nous occuper, est celui des cahiers de revendications ; je crois qu'il y a lieu d'encourager nos Confrères à en dresser un grand nombre comme, du reste, plusieurs l'ont déjà fait ; nous pourrions, avant le Congrès, étudier ces cahiers et faire préparer un rapport qui permettra de mettre en relief les idées principales émises et surtout les idées pratiques. Un certain nombre de Syndicats se réunissent au mois de mars ; il y a encore tout le temps nécessaire pour que ces cahiers soient dressés et nous soient envoyés d'ici un mois et demi.

Bien cordialement à vous.

Le secrétaire général,
LEREDDE.

Très honoré confrère,

Je m'empresse de vous informer que la *Société médicale des hôpitaux* adhère bien volontiers au Congrès des Praticiens.

Elle a désigné pour la représenter à ce Congrès M. le Dr H. Barth, son ancien président, et M. le docteur Le Gendre, ancien secrétaire général.

Veuillez agréez, mon cher confrère, mes plus dévoués sentiments.

A. SIREDEY.

le 31 janvier 1907.

Paris, le 6 février 1907,

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que, dans sa dernière séance, la Société du Xe arrondissement a voté une *subvention de* 50 *francs* au Congrès des Praticiens et que, de plus, elle a délégué deux de ses membres pour prendre part à ce Congrès. Ce sont :

1° Son président :
Dr HAMAIDE, 90, boulevard Magenta.
2° Son secrétaire général :
Dr DUBOST, 62, faubourg Poissonnière.

Je vous prie donc de leur faire parvenir, au fur et à mesure, tous les documents qui intéressent le Congrès. Notre trésorier est chargé de faire parvenir les fonds au vôtre.

Veuillez agréez, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le secrétaire général,
Dr DUBOST.
62, faubourg Poissonnière.

Nice, le 6 février 1907,

Très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-après l'ordre du jour voté par notre Syndicat pour adhérer au Congrès des Praticiens.

ORDRE DU JOUR :

« Le Syndicat médical de Nice et des arrondissements de Nice et de Puget-Théniers, réuni en Assemblée générale le 30 janvier 1907, après avoir pris connaissance de l'objet et des conditions du Congrès des Praticiens qui doit avoir lieu à Paris le 15 avril prochain, donne son adhésion à ce Congrès dont il approuve le programme et dont il reconnaît l'urgente utilité.

Il s'empresse, en même temps, de concourir à son succès par le vote d'une *subvention de* 100 *francs*.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments très dévoués et très confraternels.

Le président, Dr BERMONDY.

Oyonnax, le 7 février 1907,

Docteur LEREDDE, Paris.

Mon cher confrère,

Ci-joint la circulaire que j'ai envoyée à tous mes confrères des 3 arrondissements de Gex, Belley, Nantua. J'en ai fait part aux Présidents des deux autres syndicats de l'Ain (Bourg et Trévoux), pour leur envoyer des exemplaires de cette circulaire. Vous la trouverez peut-être plagiaire ; mais je crois utile de répéter, de rabâcher les mêmes choses, car nos bons praticiens de campagne jettent trop facilement au panier tout ce qu'ils reçoivent. En répétant l'envoi j'aurai peut-être un résultat.

Je vous enverrai dans quelques jours, dès que j'aurai eu le temps de l'achever, un petit mémoire sur le médecin communal, fonctionnarisme qui existe dans ma région et que je crois utile de signaler au Congrès. A ce sujet, le Dr Diverneresse m'a fait part de votre lettre. Publiez le nom des rapporteurs pour que, le cas échéant, nous puissions correspondre avec eux.

Bien confraternellement à vous.

Dr BOUDIN.

Circulaire aux Confrères de la région.

Oyonnax, le 8 février 1907.

Mon cher confrère,

Je tiens à attirer toute votre attention sur l'importance considérable du futur Congrès des Praticiens. Il est temps que le médecin puisse vivre de sa profession. Pour cela, combattons l'encombrement médical par la réforme des études médicales et augmentons nos honoraires par la suppression des forfaits à vil prix.

Mais aussi, secouons notre apathie proverbiale, car plus nous serons à réclamer et mieux nous serons écoutés.

Veuillez donc, je vous prie, me faire part de vos idées sur les questions proposées par le Congrès et sur celles ci-dessous : votre travail ne sera pas long et il sera d'une utilité incontestable.

Bien à vous, Dr BOUDIN.

Etes-vous partisan du maintien du P. C. N.

Le grade universitaire de docteur doit-il être seul nécessaire pour exercer ? Seriez-vous partisan de faire passer au jeune Docteur, avant son installation, un examen de pratique après un stage hospitalier ? Etes-vous partisan d'un Externat et d'un Internat obligatoires ?

Doit-on maintenir tous les concours actuels ? Lesquels ?

Doit-on favoriser l'enseignement libre ?

Les professeurs officiels devraient-ils être payés par leurs élèves ?

Devraient-ils faire de la clientèle ?

Comment comprenez-vous l'organisation des examens ?

Etes-vous partisan de la liberté du choix du médecin ?

Donnez-vous plein pouvoir au délégué qui sera ultérieurement désigné pour notre département ?

Etes-vous candidat à cette délégation ?

Valence, le 8 février 1907.

Monsieur le docteur LEREDDE.

Monsieur et cher confrère,

Notre syndicat ne pouvant envoyer des délégués au Congrès des Praticiens, a transmis à M. le Président de l'Union des syndicats médicaux du Sud-Est, une série de délibérations lui permettant, ainsi qu'aux représentants de cette Fédération, de discuter en notre nom toutes les questions qui seront traitées durant toute la durée des travaux du Congrès. Nous sommes en entière communion d'idées avec vous et vous adressons tous nos remercîments et toutes nos félicitations pour la part active que vous prenez dans la défense de nos intérêts.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère l'expression de nos sentiments les plus dévoués,

Le secrétaire trésorier,
Dr BERGERON.

Vals-les-Bains, Ardèche, le 11 février 1907.

Monsieur le Dr LEREDDE, secrétaire général du Congrès des Praticiens français.

Veuillez trouver ci-inclus un mandat-poste de 30 francs pour participation du *Syndicat*, du Bas-Vivarais au Congrès des Praticiens.

Notre syndicat compte 31 membres et est pauvre pour l'instant.

Veuillez bien me dire si de plus, il faudra payer une cotisation de 5 francs pour le délégué que nous enverrons au Congrès. Je n'ai pas bien compris votre circulaire reçue ce matin.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de nos sentiments dévoués.

Dr L. LAGARDE.

Neufchâtel-en-Bray, le 12 février 1907.

Très honoré confrère,

Le syndicat des médecins de l'arrondissement de Neufchâtel-en-Bray, (Seine-Inférieure), quoique peu nombreux, ne veut, ni ne peut se désintéresser des questions si graves et si importantes qui doivent être examinées et étudiées dans le Congrès des Praticiens.

Aussi, il vous envoie sa cotisation, regrettant de ne pouvoir faire plus ; si nous pouvons nous réunir avant le mois d'avril, nous désignerons un délégué.

Ci-joint un mandat de 20 francs.

Veuillez agréer très honoré confrère l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr MARQUÉZY.
Président honoraire du Syndicat.

Saint-Lô, le 13 février 1907.

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser :

1° Le cahier de doléances des Praticiens de la Manche, voté en Assemblée générale extraordinaire, le 3 février dernier ;

2° Le nom des délégués désignés par leurs confrères :

Dr Le Clerc (Saint-Lô), président de l'Association départementale.

Dr Le Conte (Coutances), président du Syndicat de Coutances.

Dr Letourneur ou son suppléant (Granville), président du Syndicat d'Avranches.

Dr Viel (Picauville), président du Syndicat de Valognes.

Dr Ygouf (Saint-Lô), président du Syndicat de Saint-Lô.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels

Dr H. Le Clerc.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement rationnel des inflammations bronchiques.

L'indication essentielle, dans le traitement de la bronchite catarrhale, consiste à désobstruer les bronches et à tarir l'hypersécrétion. Il est, d'autre part, une notion anatomique dont l'importance est capitale et qu'on a trop souvent tendance à négliger ; c'est que l'inflammation bronchique, pour peu qu'elle soit durable et accusée, a pour résultat fatal d'entraîner la desquamation de l'épithélium, de priver ainsi la muqueuse de son revêtement protecteur et de la rendre accessible à tous les germes infectieux.

Il importe donc que les médicaments mis en œuvre soient tout à la fois des expectorants et des régénérateurs de l'épithélium. A cet égard, il n'est pas de meilleur agent que le gomenol, essence végétale pure, dont la composition répond à celle du terpinol de List. Non seulement il se révèle un antiseptique énergique, un parfait asséchant des muqueuses, mais il exerce, en outre une action directe sur les éléments anatomiques eux-mêmes, action revivifiante et réparatrice, qui faisait dire à Dujardin-Beaumetz que le gomenol est, avant tout, un « modificateur du terrain malade. «

Administré en inhalations ou sous forme de capsules (6 à 12 par jour), de glutinules (10 à 20 par jour) ou de sirop (1 cuillerée toutes les heures), il assure dans tous les cas, des résultats remarquablement constants.

Son emploi est particulièrement indiqué dans la bronchite grippale dont la caractéristique fréquente est une toux coqueluchoïde fort pénible et très tenace. Le gomenol se montre, en pareil cas, d'une efficacité rapide en raison de ses propriétés antispasmodiques qui le font considérer comme le médicament de choix contre la coqueluche.

Son action anticatarrhale fait qu'il constitue pareillement la thérapeutique par excellence des bronchites chroniques et des bronchorrhées, si souvent rebelles aux autres traitements. Les inhalations de gomenol et l'ingestion de capsules à dose maxima ont facilement raison des bronchites fétides et, d'une façon générale, de toutes les expectorations fétides, même s'il s'agit de cancer du poumon.

En ce qui concerne les bronchites des jeunes enfants, on sait avec quelle attention scrupuleuse il importe de les soigner, d'abord parce que l'encombrement des voies respiratoires étroites est un sérieux facteur de gravité, puis en raison de la propagation facile de l'infection aux petites bronches et au poumon. Ici encore, l'emploi du gomenol est à recommander, car, en dehors de la promptitude de son action curative, il présente, en thérapeutique infantile, un avantage hautement appréciable : c'est d'être facile à manier, de n'être ni toxique ni caustique, de n'exposer le petit malade à aucun inconvénient ni danger. Dans la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, il conviendra d'adjoindre à l'ingestion de sirop de gomenol, aux inhalations ou pulvérisations de gomenol, des injections intra-musculaires d'huile gomenolée à 20 0/0 ou des lavements d'huile gomenolée à 50 0/0 (10 à 20 cent. cubes).

Ce traitement par les injections hypodermiques et les lavements d'huile gomenolée est également à conseiller dans la pneumonie et la pleurésie, ainsi qu'il résulte des observations prises à l'Hôtel-Dieu par le Dr Maigrot. Enfin, dans les pleurésies purulentes, empyèmes, etc., l'huile gomenolée, employée en injections intra-pleurales, sera d'une aide grandement précieuse. Rappellons à ce propos que M. Delorme, alors médecin-chef de l'Hôpital Militaire Saint-Martin a employé le gomenol pour sa première décortication du poumon.

L'iodure de potassium préventif de l'éclampsie.

Le *Bull. Médical* analyse le travail du Dr Guthrod dans le *Journ. of the Americ. médic. Assoc.* sur les heureux effets que l'iodure de potassium peut exercer comme préventif de l'éclampsie.

L'action préventive, dont, d'après la conviction de l'auteur, l'iodure de potassium serait doué par rapport à l'éclampsie gravidique, serait due à ce que ce médicament neutralise, dans les tissus de la mère et dans ceux du fœtus, les toxines productrices des crises éclamptiques, tout en activant la diurèse et la fonction cardiaque.

M. Gutbrod a une telle confiance en l'effet désintoxicant général de l'iodure de potassium qu'il a coutume de recourir à ce médicament dans tout avortement, afin de provoquer ou de stimuler la résorption des infiltrations phlegmasiques infectieuses de l'utérus. Il l'administre également dans les cas où une femme enceinte a accouché antérieurement d'un enfant mort-né ou a présenté de la rétention placentaire. Son expérience porte actuellement sur 120 femmes qui furent sou-

mises, pour une des indications susmentionnées, à l'usage régulier de l'iodure de potassium depuis le début de la grossese jusqu'au moment d'accoucher. Les résultats furent toujours favorables et jamais on ne put noter la moindre influence nocive de ce traitement sur la mère, ni sur l'enfant.

La radiothérapie et la radiumthérapie.

Comme en France, la radiothérapie continue à avoir de convaincus partisans en Allemagne, témoin la récente présentation de M. le Dr Lassar à la Société de Médecine de Berlin.

« La plupart des malades présentés par M. Lassar étaient atteints de cancroïdes cutanés, qui, sous l'influence de la radiothérapie, ont guéri rapidement; quelques-uns sont actuellement sans récidive depuis 4 à 5 ans ; d'autres, au contraire, ont présenté des récidives plus ou moins rapides. De la comparaison des moulages des lésions avant le traitement avec l'état local actuel des malades, on peut se convaincre que la cicatrice est souvent plus étendue que ne l'était la lésion traitée, ce qui prouve que les tissus, en apparence sains, qui entouraient la lésion, étaient, en réalité, plus ou moins infiltrés par la néoplasie.

« Plusieurs des malades présentés par M. Lassar étaient atteints d'affections diverses de la peau (eczéma chronique, mycosis fongoïde, nævi vasculaires, etc.); chez eux aussi, la radiothérapie a donné de très beaux résultats. M. Lassar compare ces résultats à ceux que donne la photothérapie dans les mêmes affections, et il conclut en faveur de la radiothérapie, qui a une action plus rapide, est d'un maniement plus facile et présente moins de dangers pour le patient. Avec la radiumthérapie ces dangers sont nuls, car avec les doses infinitésimales de radium employées on est sûr de ne jamais dépasser l'action physiologique.

«Enfin les deux derniers cas présentés par M. Lassar concernent une pseudo-hypertrophie musculaire et un cancer récidive du sein qui ont été traités avec succès par la radiothérapie ».

Manuel opératoire de l'extraction dentaire.

M. le Dr Roy, dentiste des hôpitaux, a fait dans le *Médecin praticien* une étude très pratique sur l'extraction des dents et le manuel opératoire de cette opération. Avant de procéder à l'extraction d'une dent, il est utile de procéder au nettoyage de la bouche ; l'extraction crée dans la bouche une plaie qui guérira d'autant mieux que la bouche sera moins septique. Mais, pratiquement, cette précaution peut rarement être prise par suite de l'urgence de l'extraction en général et du temps qui nécessiterait le nettoyage complet de la bouche.

« Néanmoins, on devra, à défaut du nettoyage total de la bouche, débarrasser préalablement la dent à enlever et au moins les deux dents contiguës du tartre et des matières étrangères qui peuvent les recouvrir : on les frottera ensuite, ainsi que la gencive environnante, avec quelques tampons d'ouate imbibés d'une solution antiseptique et on fera laver la bouche du malade avec ; eau phéniquée, chloral ou phénosalyl, 1 p.100; formol, permanganante de potasse, ou thymol, 1 p. 100.

Mais si l'on doit procéder à des opérations multiples, il sera bon de ne procéder à ces opérations qu'après un nettoyage complet de la bouche.

« Le champ opératoire ainsi préparé, on choisira l'instrument convenable pour l'opération. On devra toujours préparer, en outre de celui-ci, les instruments (daviers à racine, pieds de biche) nécessaires pour parer à un accident opératoire qu'il vaut mieux prévoir à l'avance pour n'avoir pas, s'il se produit, à rechercher les instruments nécessaires pour y obvier.

« Tous ces instruments devront être soigneusement stérilisés à l'avance. On devra, en outre, préparer un miroir, une précelle et une rugine ou une sonde pour explorer la dent ou les racines et des tampons d'ouate pour éponger le sang en cas d'accident qui nécessiterait une reprise de la dent ou des racines.

L'opéré sera placé de préférence sur un fauteuil de dentiste, mais celui ci sera rarement à la disposition du médecin praticien qui devra se contenter des sièges usuels qu'il tâchera d'approprier le mieux possible à ses besoins.

« Pour l'extraction des dents du haut, les fauteuils bas, dits crapauds, conviennent assez bien en permettant le renversement de la tête en arrière et ne gênant pas le placement du bras gauche de l'opérateur. Pour les dents du bas, on se trouvera généralement mieux d'un fauteuil dit Voltaire, à dossier élevé. Mais on pourra très bien aussi enlever ces dents sur une simple chaise en faisant, si besoin est, soutenir la tête en arrière par un assistant bénévole.

« On trouve chez les fournisseurs pour dentistes des têtières analogues à celles des fauteuils de dentiste, pouvant s'adapter sur une chaise ordinaire, c'est là un petit accessoire qui rendra des services au médecin qui pratiquera des extractions fréquentes chez lui.

« La position de l'opérateur varie un peu avec le siège de la dent à enlever et elle sera indiquée pour chaque dent ; mais, généralement, l'opérateur se placera à droite de son malade, et il devra chercher à avoir le plus possible d'aisance, de précision et de force dans ses mouvements : pour cela, il sera campé bien d'aplomb sur ses jambes; il évitera toute position qui aurait pour conséquence d'éloigner trop considérablement du corps le coude du bras droit ; une position semblable enlèverait la force et la précision aux mouvements de l'avant-bras, du poignet et de la main qui concourent à l'opération; le poignet plus en quelque sorte que la main.

L'opérateur devra se servir de son bras et de sa main gauches pour maintenir et immobiliser la tête du patient, et pour la tourner dans le sens favorable aux mouvements à effectuer. Les doigts de la main gauche, tout en concourant à immobiliser la mâchoire, devront écarter les lèvres, la joue et la langue, de façon à ce que la dent à extraire soit bien en vue. Il ne faut jamais oublier que, *d'un emploi judicieux du bras et de la main gauche, dépend en grande partie la réussite d'une extraction.*

«La tête étant donc immobilisée par le bras et la main gauche, les lèvres et la langue écartées par les doigts de la même main, l'opérateur place son instrument en position convenable en veillant à l'appliquer exactement, au collet de la dent, sans empiéter sur la muqueuse gingivale sous laquelle il devra pénétrer.

Les mors du davier doivent toujours être placés exactement dans l'axe des racines de la dent. Pour faire cette application d'une façon convenable les deux mors du davier ne devront pas le plus souvent être appliqués en même temps ; on en appliquera d'abord un seul, l'interne ordinairement et, maintenant celui-ci bien en place, on ira appliquer l'autre. Cette opération doit se faire naturellement bien plus vite qu'elle ne se décrit, de même que les différents temps opératoires que nous exposons.

La dent, saisie dans le davier, ne sera jamais serrée, les branches du davier seront maintenues par la main droite avec le minimum de force nécessaire pour que le davier reste bien appliqué autour de la dent ; tout mouvement de serrage expose à la fracture de la dent ou de ses racines.

« Le davier mis en position est enfoncé en même temps que l'on commence les mouvements de luxation. Il est généralement enseigné que l'on doit appliquer le davier, l'enfoncer, *puis* luxer : c'est là une erreur qui donne à penser que le davier doit être enfoncé au début, et fixé en place une fois pour toutes durant l'opération ; il n'en est pas ainsi. *Le davier doit être enfoncé d'une façon continue pendant toute la durée des mouvements de luxation,* afin d'effectuer les mouvements de luxation non sur les bords de la racine, mais dans la profondeur, et afin de faire glisser les mors du davier le plus loin possible le long des racines au fur et à mesure que s'effectue la luxation, ce qui permet de prendre un point d'appui le plus près possible de la pointe de la racine.

« Les mouvements de luxation seront variables suivant le siège de la dent à extraire et l'état de dégradation de cette dent, mais ces mouvements sont presque toujours des mouvements de latéralité, du bord alvéolaire externe vers l'interne ; les mouvements de luxation seront, nous l'avons dit, surtout dirigés en dehors, en raison de la minceur et de l'élasticité plus grande da la paroi alvéolaire externe qui s'écarte plus facilement que l'interne pour laisser sortir les racines.

La dent une fois luxée sera alors extraite *(extraction proprement dite)* en la tirant hors de son alvéole sans trop de brusquerie, pour ne pas fracturer de racine en la dégageant, ni choquer les dents de la mâchoire opposée.

« En résumé, contrairement à l'opinion vulgairement admise, on peut dire que, *pour enlever une dent, il ne faut ni serrer ni tirer celle-ci, mais au contraire ne jamais serrer la dent, et enfoncer l'instrument jusqu'à la luxation complète* qui s'effectue par des mouvements appropriés pour chaque dent. Pour que la dent soit sortie hors de son alvéole, et par conséquent tirée, elle doit être au préalable complètement luxée, c'est-à-dire virtuellement enlevée.

« L'extraction une fois faite, on touchera le moins possible à la plaie, on s'abstiendra d'y mettre les doigts, on ne l'explorera pas avec des instruments sales, particulièrement pas avec ceux qui auront servi à explorer préalablement cette dent, et qui se sont chargés là de produits très septiques. On défendra, à bien plus forte raison, au patient de toucher avec ses doigts ou son mouchoir à la plaie résultant de l'extraction. S'il s'agit d'une extraction simple, on pourra se contenter de faire laver la bouche avec de l'eau bouillie ou de l'eau boriquée et de faire répéter ces lavages plusieurs fois dans la journée. S'il s'agit d'une extraction compliquée, soit par un abcès concomitant, soit par des accidents opératoires : fracture de l'alvéole, fracture de la dent, ayant nécessité de nombreuses reprises opératoires, on fera des lavages de l'alvéole à l'aide d'une poire ou d'une seringue et d'une solution antiseptique faible ; on fera la toilette de la plaie en enlevant les esquilles qui peuvent être restées dans l'alvéole, ou adhérentes à la gencive, et on fera au malade des lavages antiseptiques répétés, durant quelques jours. »

L'accouchement dans les bassins rachitiques peu viciés.

M. le Dr Devraigne indique, dans le *Médecin Praticien* la conduite à tenir dans l'accouchement chez la femme ayant un bassin rachitique vicié.

L'accouchement diffère suivant la variété du bassin.

Le *bassin plat* est un bon bassin ; les contractions sont bonnes, la dilatation traîne toujours à cause du manque d'engagement, la poche des eaux, volumineuse, peut se rompre prématurément et une procidence du cordon peut en résulter.

Le *bassin* généralement rétréci est un très mauvais bassin ; les contractions, irrégulières et inefficaces, sont très douloureuses et épuisent la femme, amenant ou de la contracture, ou surtout de *l'inertie* ; le col rigide se dilate très lentement ; le vagin, le périnée et la vulve sont coriaces : ils ne se distendent pas mais se déchirent ; la dystocie est surtout dans les parties molles.

Deux cas se présentent : le médecin voit la femme au *cours de la grossesse* et est alors souvent maître de la situation ; il ne peut cependant décider une opération sans avoir le consentement de la parturiente. Ou bien il est appelé auprès d'une *femme en travail* et doit s'inspirer des circonstances pour régler sa conduite. C'est le rétrécissement antéro-postérieur et la forme du bassin qu'il importe de bien diagnostiquer au point de vue de la conduite à tenir.

Bassin de 10cm,5 à 9 centimètres (de promonto-pubien-mininum). — Les bassins peu touchés sont de beaucoup les plus nombreux et sont les plus importants à bien connaître pour le praticien (Maygrier).

A. *Pendant la grossesse.* — Il n'y a rien à faire : on doit annoncer que l'accouchement se fera bien à la condition que le médecin soit prévenu dès les permières douleurs.

B. *Pendant le travail.* — Il faut attendre l'accouchement spontané ; dans le bassin plat, la tête se défléchit et s'engage en asynclitisme, le bipariétal escamotant par un mouvement de bascule le promonto-pubien-minimum ; dans le bassin généralement rétréci, la tête se fléchit à l'extrême, s'incline et se visse dans l'excavation. S'agit-il d'un siège, la tête dernière passera très bien dans le bassin plat, sera au contraire souvent retenue défléchie par les parties molles contracturées dans le bassin généralement rétréci. La face n'est pas rare.

Dans les deux cas, si la dilatation ne marche pas, les membranes étant rompues, on la stimulera par l'écarteur de Tarnier posé par périodes de quatre heures suivies d'une égale période de repos pendant laquelle on reposera la femme dans un grand bain chaud ou bien l'on fera des

injections chaudes. *L'écarteur de Tarnier* n'est qu'un *excitateur* des contractions utérines. On ne fera agir sur ses branches, par des anneaux de caoutchouc, qu'une faible force : 800 à 1.000 grammes (Bonnaire). S'il y a *procidence* du cordon, on fera la rétropulsion manuelle de celui-ci, et l'on mettra la femme en position légèment inversée sans ou avec ballon pour maintenir la procidence réduite. Il sera parfois nécessaire de faire la dilatation bi-manuelle du col, faite prudemment, et de terminer rapidement l'accouchement par la version (il s'agit alors presque toujours d'un bassin plat) si des signes de souffrance de l'enfant révélés par le liquide teinté de méconium et par le stéthoscope prouvent que la procidence s'est reproduite.

La *dilatation est complète*, l'ENFANT EST VIVANT, mais il y a indication à finir vite (membranes rompues depuis longtemps, menaces d'infection, signes de souffrances de l'enfant, femme épuisée. Que faut-il faire ? *Forceps* ou *version* ?

La VERSION est *dangereuse* si les membranes sont rompues depuis longtemps ; elle nécessite l'introduction de la main dans l'utérus, d'où danger d'infection ou danger de mort pour le fœtus (difficultés pour la tête dernière, extraction rapide déjà traumatisante en cas de succès, fatale en cas d'échec); elle ne peut se faire que s'il n'y a pas d'engagement, et si l'utérus n'est pas rétracté, conditions rarement réalisées.

La VERSION est *bonne* si la tête est immobile au-dessus du détroit supérieur, et si l'utérus n'est pas rétracté, elle est l'opération de choix (Budin) *dans le bassin aplati* ; elle permet de tirer dans l'axe du bassin ; la tête dernière franchit généralement bien le détroit supérieur avec ou sans manœuvre de Champetier ; on *aura toujours le forceps à côté de soi* pour terminer l'accouchement de la tête dernière, s'il en est besoin par rétraction partielle du col ou par résistance du périnée (Budin) ; un aide peut aider l'extraction en faisant de l'expression abdominale pas trop prolongée, car il y a alors danger de faire tourner le menton au-dessus de la symphyse. La version sera indiquée dans les présentations de l'épaule, parfois dans la face.

Le FORCEPS est très *dangereux* dans les prises élevées (bassin plat où le détroit supérieur fait le rôle de l'anneau du porte-crayon). contusionne fort la tête fœtale et les parties maternelles : il ne permet guère de tirer dans l'axe pelvien.

Le *forceps* est bon quand il y a longtemps que les membranes sont rompues : il est d'une application peu aisée (pour laquelle on peut prendre son temps et que l'on peut recommencer) : une fois bien placé, il abaisse en premier le pôle le plus volumineux. profitant de l'engagement existant sans pénétrer profondément dans l'utérus : il est nettement indiqué dans le bassin généralement rétréci.

Quel que soit le bassin en question. plat ou généralement rétréci, même peu vicié, il faut toujours s'attendre à une plus longue durée du travail. Il faut surtout ne pas négliger de vider le rectum et la vessie et de pratiquer une antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin : il est bon de fermer le vagin par une gaze aseptique : c'est un moyen d'éviter les complications infectieuses.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séances du 15 et du 22 janvier 1907.

Traitement de la pré-sclérose.

M. HUCHARD communique à l'Académie une nouvelle étude de cet état particulier qu'il a nommé : la *pré-sclérose*.

La pré-sclérose, qui précède et engendre l'artério-sclérose, est représentée cliniquement, dit-il, par l'*hypertension artérielle*. Elle est justiciable par conséquent, de la médication hypotensive sous toutes ses formes. Agir sur l'hypertension, c'est, dès lors, agir sur l'origine même de l'artério-sclérose, c'est faire de la thérapeutique prophylactique de cette dernière. La question, on le voit, est d'un grand intérêt pratique.

La médication hypotensive résume-t-elle tout le traitement de la pré-sclérose ? Non, car elle est seulement symptomatique et il convient également d'atténuer ou d'annihiler les causes de l'hypertension. Or, celle-ci relève habituellement de toxines alimentaires vaso-constrictives trop abondantes ou insuffisamment éliminées par le filtre rénal.

En résumé, l'artério-sclérose est précédée en général par une période de pré-sclérose dont l'hypertension est le phénomène majeur, l'origine de cette hypertension étant tantôt alimentaire, tantôt rénale, tantôt à la fois alimentaire et rénale.

Le traitement de la pré-sclérose se déduit de sa pathogénie. Il a pour bases : un régime alimentaire privé le plus possible de ptomaïnes et de matières extractives ; une médication rénale et diurétique favorisant l'élimination des toxines ; l'usage d'agents hygiéniques et médicamenteux *hypotenseurs*.

Ce traitement se formule pratiquement de la manière suivante : régime alimentaire lacto-végétarien ; médication diurétique et rénale ; massage, balnéation (bains carbo-gazeux, cure de Bourbon-Lancy) et courants de haute fréquence (d'Arsonvalisation) ; lacto-sérum de Blondel, au sujet duquel il serait intéressant de faire de nouvelles expériences ; organothérapie et toute la série des remèdes hypotenseurs appartenant à la classe des nitrites (nitrite de soude, trinitrine, tétranitrol). L'iodure, à cette période pré-scléreuse, est contre-indiqué.

Telle est, selon M. Huchard, la médication préventive de l'artério-sclérose. Elle vise l'hypertension et ses facteurs originels. Elle est prophylactique de l'artério-sclérose et elle s'adresse aux nombreux états morbides où l'hypertension artérielle constitue un danger : tels l'angine de poitrine avec aortite et sclérose, certaines douleurs cardiaques et palpitations, dues à la dilatation

du cœur par angiospasme périphérique, les anévrysmes, etc.

M. Albert Bobin a vu, au cours de crises dyspeptiques, se produire de l'hypertension artérielle. L'hypertension qui, au début, cesse avec la crise, persiste quelquefois plus ou moins longtemps et les dyspeptiques peuvent ainsi devenir des artério-scléreux ; ce que l'on évite en superposant au traitement gastrique un traitement hypotenseur, le nitrite de soude à très faible dose par exemple.

La conception de M. Huchard — l'hypertension, cause de l'artério-sclérose — appuyée par M. Albert Robin, n'est pas, il est vrai, admise par MM. Lancereaux, Chantemesse et Hayem qui objectent ceci : l'hypertension, loin d'être cause de l'artério-sclérose, en est la conséquence, comme le montrent les recherches anatomo-pathologiques. M. Huchard n'en maintient pas moins ses conclusions et toutes les déductions pratiques qu'elles comportent.

Sérums antituberculeux.

M. Charles Monod, dans un mémoire déjà signalé par le *Concours médical*, a présenté toute une série d'observations favorables au *sérum anti-tuberculeux de Marmorek*. A la séance du 22 janvier, M. Hérard a appelé l'attention sur un nouveau sérum anti-tuberculeux préconisé par le Dr *Viguier* (de Maillane). Ce produit n'est autre chose que du sérum de sang de poules ; il se base sur la résistance spéciale de la poule à la tuberculisation.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *janvier* 1907.

Inconvénients et dangers de l'emploi habituel des farines de conserve, et spécialement des farines au cacao, dans l'alimentation des jeunes enfants.

A propos d'un cas de scorbut infantile attribué par M. Comby au lait stérilisé, M. Variot fait une intéressante communication sur les inconvénients de l'usage prolongé des farines de conserve et spécialement des farines au cacao, dans l'alimentation infantile. Après avoir rappelé que la maladie de Barlow, si rare dans notre pays, est surtout répandue en Amérique et en Angleterre, là précisément où l'on emploie beaucoup les farines de conserve, M. Variot envisage plus particulièrement les troubles causés par les farines au cacao.

Le cacao est un condiment très apprécié par les enfants ; quand ils ont commencé d'en prendre il est souvent difficile de leur faire accepter d'autres aliments.

Les jeunes enfants qui ont ingéré pendant longtemps des farines au cacao (phosphatine, racahoutine), etc., ne tardent pas, en général, à offrir des accidents morbides divers ; ils ont moins d'appétit, pâlissent, deviennent nerveux, grognons, constipés. Souvent ils sont faibles, n'aiment pas à marcher et n'augmentent guère, ni de poids, ni de taille.

Les troubles en question cessent par un changement de régime et voici le traitement qu'institue M. Variot en pareil cas.

1° Suppression des farines au cacao ;

2° Un litre de bon lait, stérilisé ou bouilli, pur ou en potage ;

3° A midi, une bouillie de pomme de terre au lait avec deux ou trois cuillerées à soupe de jus de viande de bœuf cru, suivant l'âge.

Y joindre, si l'enfant atteint deux ans, une bouillie au lait avec des farines d'avoine, de maïs ou d'orge fraîchement moulues.

Y joindre également quelques médicaments : la magnésie anglaise à intervalles, le citrate de soude, comme eupeptique, des bains stimulants, etc.

Quant au mécanisme physiologique de cette intoxication par les farines de cacao, il semble, suivant l'avis du professeur Gautier, que l'on puisse l'attribuer à la quantité tout à fait anormale d'acide oxalique contenue dans le cacao. Celui-ci, est, en effet, de tous les aliments usuels le plus riche en acide oxalique.

Et M. Variot conclut : le cacao a pris une place excessive dans l'alimentation de l'enfance, alors qu'il aurait dû être uniquement employé comme un condiment réservé pour des circonstances rares.

M. Fernet pense que, dans la genèse des troubles nerveux signalés par M. Variot chez ces petits malades, il convient de faire une part à l'action de la théobromine, dont le cacao renferme une assez forte proportion. D'ailleurs, il est bon de signaler le danger de nombre de ces substances (café, thé, condiments, aromates) dont on fait un usage souvent abusif.

Les injections de sérum sanguin frais comme hémostatique général.

M. Emile Weil signale les bons effets que lui ont procurés les injections de sérum sanguin frais dans le traitement des hémorrhagies liées aux états dyscrasiques (hémophilie, purpura, etc.).

Pour arrêter les hémorrhagies dyscrasiques, il injecte 15 centim. cubes dans les veines ou 30 cent. cubes sous la peau de sérum frais. Chez l'enfant, les doses utilisées sont moitié moindres. L'injection peut être répétée sans inconvénients au bout de 2 jours.

A défaut de sérum humain, on emploie le sérum de lapin, de cheval, au besoin le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur.

P. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Adénophlegmons cervicaux avec complications septiques.

Par le Dr A. Broca.

(chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades).

Presque toujours les adénophlegmons, d'une fréquence extrême dans notre clientèle hospitalière, guérissent chez l'enfant avec grande facilité et rapidité. A cette règle, toutefois, il est des exceptions et vous en pourrez voir qui, par septicémie, conduisent à la mort.

C'est ce qui, sans doute, est arrivé à la fillette de 2 ans 1/2 qu'hier, 15 janvier, ses parents ont emmenée malgré nous de notre service où elle était depuis le 11, après avoir subie le 8 une incision pour un adénophlegmon carotidien droit. Peut-

être l'incision fut-elle un peu précoce, car elle ne semble pas avoir donné issue à du pus collecté, quoique la tuméfaction, vieille de dix jours, ait évolué vite, avec rougeur des téguments.

Mais si, après cette incision, l'engorgement phlegmoneux s'assouplit vite, si, dès le 13 janvier, il disparut, l'état général resta mauvais, avec température entre 39° et 40°; une pneumonie se déclara à droite, puis une néphrite, et le pronostic me paraît désespéré.

Pourquoi cette marche si grave ? Etant donnée l'évolution locale, je crois qu'il faut innocenter l'incision et admettre une septicémie à peu près contemporaine de l'infection ganglionnaire. Aussi bien l'enfant est-elle chétive, ébranlée qu'elle fut à 8 mois par une broncho-pneumonie, à 2 ans par les oreillons, il y a 2 mois surtout par une bronchite aiguë qui la laissa nerveuse et grognon.

Au reste, des débilités préalables ne sont certes pas indispensables, et l'état général antérieur semble avoir été fort bon chez une enfant de 11 ans qui, le 16 octobre dernier, a succombé sous nos yeux après une histoire morbide que je puis rapprocher de la précédente.

Le 5 octobre, sans cause apparente, l'enfant fut prise, en rentrant de l'école, d'une douleur sourde dans les régions parotidienne et sous-maxillaire gauche ; elle dormit mal, avec de la fièvre et de la transpiration ; et le lendemain matin la région sous-maxillaire était gonflée. La tuméfaction s'étendit les jours suivants vers la région parotidienne d'abord, vers la sous-mentale ensuite tandis que s'aggravaient la fièvre, l'insomnie, l'anorexie.

Et le 9 octobre, soit dès le quatrième jour, je me trouvai, à la consultation, en présence d'une fille atteinte d'un gonflement considérable, dur et rouge, avec fluctuation assez profonde au point culminant, à la partie postérieure de la région sous-maxillaire, avec œdème et rougeur du plancher buccal. J'attribuai l'origine de l'infection ganglionnaire à une carie pénétrante de la première prémolaire ou de la canine, toutes deux altérées, mais, malgré la bénignité habituelle de ces adénophlegmons j'ai porté un pronostic réservé, à la fois à cause de la rapidité de la suppuration locale et surtout à cause de l'atteinte grave de l'état général, car le facies était blafard et trémulant, la langue chargée d'un épais enduit blanc et plâtreux, la température élevée, le pouls fréquent et mou.

Le lendemain matin, je fus encore plus pessimiste, car malgré un large drainage que d'urgence, aussitôt après mon départ, mon assistant M. Mouchet avait pratiqué, l'aspect général était resté le même, la température montait à 39°6. Toutefois, l'état local donnait de cette fièvre une explication possible, car il restait du pus dans le cou. La collection ouverte la veille était, malgré ses apparences premières d'adénophlegmon, sous-maxillaire d'origine dentaire, une grosse poche latéropharyngienne ayant pointé sous l'angle de la mâchoire ; et, si celle-là était bien vidée, il était évident, 24 heures après, qu'un abcès sous-mental s'était collecté. Il fut donc ouvert, drainé, et à partir de ce moment la région cervicale se dégorgea bien.

Mais l'état général resta aussi mauvais, la température se maintint entre 40° et 41° : agitation, délire, insomnie, persistèrent ; le pouls ondula plutôt qu'il ne battit entre 150 et 160 et nous vîmes se dérouler devant nous les accidents d'une pyohémie très aiguë, sans frissons il est vrai. Un foyer d'ostéomylite fut ouvert à l'extrémité inférieure du péroné droit; un gonflement douloureux et rouge fut incisé à la face interne du coude, sans qu'on y trouvât de pus, il est vrai ; et l'enfant succomba le 16 octobre. A l'autopsie, outre les lésions constatées sur le vivant, nous trouvâmes de la péricardite à adhérences molles, avec environ une cuillerée à café de pus ; de l'endocardite ulcéro-végétante sur la face auriculaire de la petite valve mitrale, de la congestion du foie et du poumon, des infarctus blancs de la rate, des abcès miliaires des deux reins.

Dans l'histoire que je viens de vous raconter, je laisserai de côté ce qui a trait à la porte d'entrée, dentaire peut-être, quoique cela n'aille pas très bien avec le siège latéropharyngien de la collection ganglionnaire initiale. Mais l'origine de l'infection ne nous intéresse pas : le fait important, c'est la pyohémie que nous n'avons pu empêcher d'évoluer, quoique l'incision ait été pratiquée dès le 4e jour après le début de l'inoculation ganglionnaire. Ce cas est le premier que j'observe depuis quinze ans que j'exerce dans des services très actifs de chirurgie infantile. Celui à propos duquel j'ai commencé cet entretien lui est comparable, mais sûrement il est d'un degré moindre de gravité.

En terminant, je vous ferai remarquer la localisation osseuse de la pyohémie, sur le cartilage conjugal inférieur du péroné. C'est un fait particulier aux enfants pendant la période de croissance et notre observation actuelle entre en série avec ce que nous savons sur les causes de la nature de l'ostéomyélite aiguë chez les enfants.

OPHTALMOLOGIE

Pronostic des corps étrangers de l'œil

Par le Dr A. Trousseau,

Médecin de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts.

Les corps étrangers de l'œil sont d'observation courante pour les ophtalmologistes et même pour les médecins qui exercent dans les grands centres industriels. En établir le pronostic est une tâche délicate pour les uns et les autres, qu'il s'agisse de répondre aux légitimes demandes du malade ou de son entourage, de rédiger un rapport d'expert ou le certificat réclamé par la loi sur les accidents du travail.

Ce pronostic varie suivant le siège du corps étranger, suivant son volume, ses qualités, sa nature, suivant les soins donnés au patient par le chirurgien. J'envisagerai ces différents points et terminerai en étudiant le pronostic des corps étrangers, considéré en général.

Siège. — Les corps étrangers de la conjonctive n'entraînent pas de complications, ils sont d'accès et d'enlèvement faciles.

Ceux de la cornée sont plus ou moins graves, suivant qu'ils sont superficiels ou profonds, que leur extraction entame plus ou moins la membrane. Superficiels, on les considère à tort comme

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

La méthode par ingestion dans le traitement de la syphilis.

L'ENROBAGE DES IODURES

Malgré la supériorité incontestable, et aujourd'hui incontestée, du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires, il demeure nécessaire de recourir parfois, souvent même, en certains milieux sociaux, à la méthode par ingestion. Et ce, comme le dit Fournier dans son livre sur « Le traitement de la syphilis », parce que cette méthode « constitue un procédé facile, commode et sûr à la fois, *pratique* en un mot. » Un grand nombre de malades, en effet, ne peuvent se soumettre aux piqûres qui nécessitent au moins une dépense de temps. La méthode par ingestion a et conserve donc son utilité.

Malheureusement, elle comporte, comme toute méthode thérapeutique, des inconvénients, parfois même des dangers.

Rappelons d'abord, rapidement, ses contre-indications.

Fournier les énumère dans l'ordre suivant :

1° Sujet affecté d'un état morbide préalable des voies digestives (dyspepsie, gastrite, dilatation, etc.,) ou intolérance idiosyncrasique :

2° Sujet cachectisé ;

3° Nécessité de laisser libres les voies digestives en faveur d'autres remèdes jugés opportuns ;

4° Nécessité absolue d'une mercurialisation rapide.

Mais, lorsque le sujet entreprend cette méthode de traitement, il arrive souvent qu'au bout d'un temps plus ou moins long surviennent des accidents gastriques qui nécessitent une période de repos. Ce repos, souvent prématuré, arrivant avant la fin d'une cure, détruit tout espoir de succès.

Les symptômes gastriques de cette origine, qui sont tout d'abord caractérisés par des douleurs d'estomac, peuvent aboutir à la perte de l'appétit (fait grave chez un malade déjà déprimé per la syphilis), à des accidents de gastralgie ou de dyspepsie parfois durables.

Ces inconvénients de la digestion gastrique des iodures et des composés hydrargyriques sont connus depuis longtemps.

Unna (de Hambourg), à la suite d'observations et d'expériences aujourd'hui connues de tous, conclut à la nécessité d'amener les médicamaents dangereux pour l'estomac, dans la première portion de l'intestin grêle, sans qu'ils aient subi l'action du suc gastrique. Il proposa alors, comme véhicule d'un certain nombre d'agents thérapeutiques, la kératine ou substance cornée digérée. «Une pilule kératinisée, dit-il, franchira l'estomac sans éprouver d'altération et elle ne mettra son médicament en liberté que dans l'intestin, c'est-à-dire quand les alcalis de ce dernier auront complètement neutralisé l'acidité stomacale. »

Ce mode d'enrobage fut bientôt appliqué à un grand nombre de médicaments ; mais, au point de vue particulier des iodures, il a pu être avantageusement remplacé par d'autres procédés.

Conditions de l'enrobage.

Une pilule d'iodure, pour se rapprocher autant que possible de la perfection, doit posséder les trois qualités suivantes :

1° *Elle doit renfermer de l'iodure chimiquement pur*, c'est-à-dire préalablement débarrassé de ses impuretés (carbonates, chlorures, bromures et surtout iodates alcalins). Les iodates alcalins sont en effet très toxiques et des traces suffisent pour augmenter considérablement les accidents d'iodisme.

2° *Elle ne doit pas se dissoudre dans l'estomac*, parce que, en contact avec la muqueuse gastrique, les iodures provoquent une irritation de celle-ci, et que l'absorption n'est pas complète. Il est donc, à tous points de vue, préférable d'amener la préparation iodurée dans l'intestin grêle.

3° *Elle doit être inaltérable*, au point de vue de la conservation. Les iodures alcalins sont très hygrométriques, et si la masse pilulaire n'est pas complètement isolée de l'humidité ambiante, le sel se décompose en laissant dégager les vapeurs d'iode. Pratiquement, il est facile de s'assurer de l'état de conservation d'une pilule iodurée. Il suffit de la sectionner en deux parties : si l'intérieur de la pilule a conservé la coloration naturelle des iodures (gris clair), la pilule est en parfait état. Si la teinte est plus foncée (gris-violet ou gris-bleu), la décomposition est certaine, cette coloration provient, en effet, du dégagement des vapeurs d'iode sur l'amidon de la gomme employée à faire la masse pilulaire. L'iodure d'amidon est bleu.

Dans le procédé d'enrobage dû à M. L. Cros, la réalisation des conditions énumérées aux précédents paragraphes est assurée. La kératine de Unna ne répondait qu'à la non-désagrégation de la pilule dans l'estomac, mais elle ne protégeait pas suffisamment les iodures, déliquescents à l'excès, contre l'humidité.

L'enrobage selon la formule Cros comble cette dernière lacune. Il contient un baume éminemment imperméable et insoluble dans les acides (donc, résistant au suc gastrique), mais s'émulsionnant rapidement et, par suite, se disssolvant dès qu'il se trouve en milieux alcalins, dans l'intestin grêle.

Au point de vue de la conservation, une précaution complémentaire est prise : les pilules sont placées dans un flacon bouché à l'émeri, le bouchon renfermant du chlorure de calcium. Ce corps est destiné à absorber l'humidité qui peut pénétrer dans le flacon, quand le malade l'ouvre.

Les expériences faites sur les animiaux, et les analyses de leurs ingesta et de leur excreta, faites pour s'assurer que pratiquement les résultats recherchés étaient obtenus, ont été affirmatives.

Le contenu de ces pilules répond aux trois formules suivantes :

1° Iodure de potassium........	0 gr. 25
2° Iodure de sodium............	0 gr. 25
3° Iodure de potassium........	0 gr. 20
4° Biodure de mercure.........	0 gr. 005

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

expérience, et, sur votre recommandation j'avais reçu de la maison Bayer (24, rue d'Enghien, à Paris) deux boites de chacune 20 cachets d'un gramme. Cela m'a suffi pour guérir radicalement une cystite chronique *datant de dix-huit mois*, et accompagnée de tout le cortège des tribulations que procure cette malheureuse affection, surtout chez les vieillards.

Vous trouverez l'observation ci-après.

Dr Q. de B. d. A. à *Concours*.— Au mois d'octobre 1900 un de mes clients est atteint ou présente les premiers symptômes de la paralysie générale progressive. Je le soigne jusqu'au 8 février 1905 et il meurt à l'asile des aliénés de C. fin mars 1905. Au mois de septembre 1905 je présente ma note s'élevant à la somme de 1600 francs pour frais de cette *dernière maladie* et pour maladies antérieures de 1884 à 1900.

L'héritier de mon client prétend que je devais à ce dernier et m'oppose en paiement un acompte ; il m'offre de faire trancher le différent par 2 personnes ; j'accepte.

Les deux personnes chargées de régler font trainer les affaires en longueur et à la fin d'octobre 1906, nous proposent de signer un engagement par lequel nous acceptons leur arbitrage. J'accepte, mais mon adversaire, sachant que par preuves écrites je réduis son compte à néant, refuse de signer.

Je lui ai intenté une affaire devant les tribunaux à la date du 22 déc. 1906.

Il m'oppose la prescription à cette date, c'est-à-dire que je ne puis demander mes honoraires que du 22 octobre 1904 au 8 février 1905, s'élevant à la somme de 90 francs, tandis que les frais de la dernière maladie de 1900 à 1905 s'élèvent à 1000 francs environ.

Il me semble qne j'ai vu dans votre journal le compte rendu d'un jugement disant que la prescription ne pouvait être invoquée pour tous les frais de dernière maladie pourvu qu'il n'y ait pas 2 ans révolus entre la date de la dernière visite et la date de la sommation à payer la note.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me dire ce que vous pensez du cas dans lequel je me trouve et, si vous avez vu des cas analogues, de me transmettre les jugements qui ont été rendus pour que je puisse les soumettre à mon avocat. Mon affaire doit être plaidée le 22 courant.

Suite page X.

insignifiants ; quelques-uns laissent, après eux, une taie qui, si elle est située devant la pupille, peut amener une diminution notable de l'acuité visuelle jusqu'à 1/10e et même 1/20e de la normale. Ceci est important pour l'exercice de certaines professions délicates qui nécessitent une vision parfaite. A mesure que le corps étranger pénètre plus profondément dans l'œil, sa gravité augmente. Dans la chambre antérieure, il est plus dangereux pour le cristallin que pour l'iris. Dans la lentille il amène constamment une cataracte traumatique, sur l'iris, il fait moins de dégâts, mais suivant ses qualités, il peut amener de l'iritis, voire même de l'irido-choroïdite.

Un corps étranger sis dans le corps ciliaire entraîne presque toujours l'énucléation, soit à cause des phénomènes de cyclite à tendance atrophique qu'il engendre, soit à cause des menaces sérieuses d'ophtalmie sympathique, celle-ci se montrant surtout quand le cercle ciliaire est atteint.

Dans le corps vitré, le corps étranger amène la perte de la vue presque infailliblement, et souvent la perte définitive de l'œil.

Volume. — Plus le volume d'un corps étranger est petit, moins grands (plaies, dilacérations), sont les délabrements qu'il cause à son entrée. Un petit corps étranger enkyste facilement et ne se mobilise plus, tandis qu'un grand subit tous les déplacements qui lui sont imprimés par les mouvements de l'œil, et irrite ainsi mécaniquement les parties voisines.

Qualités. — Faute d'une expression plus caractéristique j'appellerai qualités du corps étranger son état aseptique ou septique.

Un corps étranger aseptique, quels que soient son siège et son volume, a quelques chances d'être toléré par l'œil, tandis qu'un corps étranger infecté amènera à coup sûr de redoutables accidents. Ils peuvent être tels que l'énucléation s'impose d'emblée. Un corps étranger aseptique qui peut être extrait sans délabrements majeurs, laissera souvent après lui une vision satisfaisante ou tout au moins ne compromettra pas le globe oculaire lui-même, l'autre, au contraire, même après extraction et soins antiseptiques, entraînera à sa suite l'hypopion, (cornée), l'irido-cyclite infectieuse (chambre antérieure), la panophtalmie (corps vitré) ; l'œil s'atrophiera ou suppurera. Pour prendre un exemple de tous les jours, comparons un instant le pronostic bénin des corps étrangers métalliques de la cornée qui, arrivant presque toujours brûlants sur la membrane, détachés qu'ils sont d'une pièce rougie à la forge et par suite stériles, au pronostic si grave des corps infectés qui amènent l'abcès de la cornée, l'hypopion, l'iritis purulente, voire même la panophtalmie ; et encore sur la cornée l'antisepsie est-elle possible alors qu'elle ne l'est pas dans la profondeur du globe. Donc l'état aseptique ou septique du corps étranger permet un pronostic presque infaillible.

Nature. — La nature chimique du corps étranger est capitale pour les précisions, en dehors de toute question d'asepsie. Le verre chimiquement indifférent est toléré, il en est de même de l'or, de la pierre, du plomb. Le cuivre, le fer, au contraire, provoquent de graves inflammations de l'œil, parce qu'ils s'y dissolvent lentement et amènent des irritations chimiques. A la suite de la dissolution de fragments de fer et d'acier, on voit l'iris et le cristallin se rouiller, les sels de fer imprègnent les tissus ; il existe un état, qu'on nomme sidérose, fatal pour l'œil.

Soins. — La conduite du chirurgien influe grandement sur le pronostic. Une extraction de corps étrangers, pratiquée de bonne heure avec les plus rigoureuses précautions antiseptiques et non pas seulement aseptiques, peut assurer la conservation de l'œil et de la vision. Mais, pour qu'une extraction soit indiquée, il faut deux conditions majeures : 1° que le corps soit visible ou qu'on soit assuré de son siège ; 2° qu'il soit aisément accessible. On ne serait autorisé à tenter l'extraction en aveugle, que si l'on était certain que le corps du délit fût magnétique, c'est-à-dire susceptible d'être attiré par l'électro-aimant (fer, acier). En dehors de ce cas, toute extraction qui nécessiterait des tâtonnements paraît plus dangereuse que l'expectation. Ce sont surtout les corps étrangers de la chambre antérieure qui peuvent être extraits fructueusement.

Si les conditions sus-énoncées n'existent pas, mieux vaut s'abstenir de toute manœuvre ; antisepsier l'œil autant que possible, le placer sous un pansement aseptique qu'on lèvera rarement, et voir venir. Il sera pourtant permis de régulariser une plaie oculaire, de réséquer, par exemple, une hernie de l'iris, de suturer la conjonctive au-devant d'une section sclérale, mais il ne faut pas vouloir trop faire.

Pronostic général. — Tout corps étranger intra-oculaire constitue un grave danger pour la vue et pour l'œil lui-même. S'il n'a pu être extrait, il sera une menace perpétuelle ; après les phénomènes réactionnels du début, il pourra survenir une longue période d'accalmie qui ne sera pas toujours définitive ; j'ai souvent énucléé des yeux cinq et six ans après l'accident, alors que je croyais toute crainte bannie. Le plomb de chasse, par exemple qu'on ne doit pas chercher à extraire est souvent toléré pendant des années, puis amène un jour une irido-cyclite qui impose l'intervention.

Un corps aseptique extrait sans délabrements peut laisser l'espoir d'un pronostic favorable.

Tout corps étranger intra-oculaire infecté entraîne la cyclite, la panophtalmie, et indique formellement l'énucléation.

L'ophtalmie sympathique est plus rare qu'on ne le croit, elle survient surtout quand le corps étranger s'est logé dans le corps ciliaire, ou quand le chirurgien s'est livré à des manœuvres intempestives. Le corps étranger la provoque rarement par sa présence ; il met un œil en grand danger, mais menace peu le congénère. Le chirurgien est plus redoutable, il doit être sobre d'interventions, sous peine de compromettre les *deux* yeux.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La Maison de santé du Concours médical

Assemblée générale du 5 février 1907

M. le Dr Maurat, président, ouvre la séance à trois heures en constatant :

Que les convocations statutaires et l'annonce par les *Petites Affiches* (n° du 24 janvier) ont été régulièrement effectuées ;

Que toutes formalités prévues ont été remplies ;

Que la feuille de présence porte les signatures requises pour 13[illegible]0 actions représentées.

Sur sa demande de désignation des assesseurs, sont élus MM, Hénon et Fuscien.

M. le Dr Jeanne est nommé secrétaire.

Après constatation que l'Assemblée peut délibérer valablement, M. le Président donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Depuis nos dernières assemblées générales annuelle et extraordinaire de février 1906, toutes les décisions que vous avez prises ont été mises à exécution par votre conseil d'administration. L'émission de 160 obligations de 500 fr. 5 %, s'est effectuée sans encombre et a été immédiatement couverte; nous avons emprunté au Crédit Foncier 200,000 fr., remboursables en 75 ans et 20.000 fr. à la Banque hypothécaire remboursables en 50 années. Avec ces ressources, nous avons remboursé l'emprunt du Sous-Comptoir des entrepreneurs (130,000 fr.), et effectué l'achat du terrain qu'occupent votre maison de santé et ses dépendances. Sur le prix d'achat qui nous rend enfin définitivement propriétaires, nous devons encore, à la vérité, au vendeur 134.526 fr. 50. Mais nous avons devant nous quinze années pour en effectuer le payement. Telle est en peu de mots la situation actuelle de notre Société.

Notre sécurité matérielle est donc maintenant absolue, et tout serait parfait s'il ne s'était produit, pendant le dernier semestre de l'année qui vient de s'écouler, un certain fléchissement dans les revenus de notre maison. De l'avis unanime de votre conseil d'administration, ce fléchissement ne saurait être que temporaire et ne doit nullement vous inquiéter, d'autant plus que les résultats de l'exercice de 1906 sont encore suffisamment rémunérateurs pour vous satisfaire ; mais il ne doit cependant pas nous laisser indifférents et notre devoir est d'en rechercher les causes.

Ces causes sont de deux ordres différents que je vous demande la permission de passer rapidement en revue.

En première ligne, nous devons vous signaler la diminution incontestable du nombre d'opérations chirurgicales pratiquées non seulement chez nous, mais, d'une façon générale, dans toutes les maisons de santé à la suite de certaine communication sensationnelle que vous connaissez tous, faite par un médecin haut placé, qui a certainement dépassé le but qu'il voulait atteindre et rendu trop rares et trop tardives des interventions nécessaires capables de sauver les malades. Cet éminent professeur a, de ce chef, assumé une lourde responsabilité que nous ne lui envions pas, car, comme toujours, la réaction a dépassé toutes les mesures de la prudence.

Si cet académicien distingué s'était contenté de signaler discrètement à ses confrères les inconvénients que pouvait avoir une intervention trop rapide et peu judicieuse, il eût certainement obtenu tous les suffrages des gens sensés ; mais, de nos jours, les communications discrètes et mesurées s'accordent mal avec les besoins toujours grandissants de réclame, et ces grands coups de tam-tam répercutés et centuplés par la presse politique, d'autant plus ardente qu'elle est ignorante, s'accordent mal avec les intérêts des malades.

Pour tenter d'empêcher quelques opérations peut-être (??) inutiles et dont on eût pu, dit-on, à la rigueur se dispenser, on a effrayé le public et nous avons été subitement ramenés aux plus mauvais jours de l'appendicite (puisqu'il faut l'appeler par son nom). Depuis cette malencontreuse et maladroite campagne, elle n'est plus opérée ou n'est opérée que tardivement, enlevant, il est vrai, au chirurgien d'assez fréquentes occasions d'intervenir, mais malheureusement, il faut l'avouer, au grand bénéfice des pompes funèbres. Cette fâcheuse réaction ne saurait cependant, croyons-nous, avoir qu'un temps et le bon sens, fera, nous l'espérons, justice de cette grossière erreur médicale.

Une autre cause de diminution des opérations pratiquées chez nous, est l'augmentation exagérée du nombre des maisons de santé mises à la disposition des malades, un peu de tous les côtés ; mais, là encore, notre espoir de relèvement est fondé, car les chirurgiens et les malades sauront rapidement distinguer les bonnes maisons des insuffisantes, et notre installation de premier ordre nous assure avec le temps une place prépondérante. Nous n'en voulons, du reste, pour preuve que l'augmentation toujours croissante du nombre des chirurgiens qui viennent opérer dans notre maison, *quoique les médecins traitants membres du « Concours Médical » n'aient pas fait tout leur devoir pour les y amener.*

COMPTE DE PREMIER ETABLISSEMENT.

1° Terrain		294.967 25
2° Construction :		
Payé en 1905	287.893 60	
Payé en 1906	4.704 11	303.939 71
Dépenses inhérentes à la construction	11.342	
3° Mobilier :		
Valeur en 1905	43.577 10	43.094 10
Vente d'appareils	483	
4° Frais de constitution de la Société		3.328 60
5° Reliquat de la rue de la Faisanderie		4.306 65
		649.636 31

Ressources

1° Capital social		200.000 »
2° Emprunts :		
au Crédit Foncier	200.000	
à la Banque Hypothécaire	20.000	240.000 »
à la Financière médicale	20.000	
3° Obligations		80.000 »
		520.000 »
Reste dû au propriétaire		134.526 50
Total		654.526 50

Bilan

Actif

Terrain	294.967	25
Construction	303.939	71
Matériel et mobilier suivant inventaire	40.940	»»
Portefeuille	10.435	70
Caisse	23.345	63
Avances à divers, suivant inventaire	1.584	35
Débiteurs divers	8.326	55
Amortissement au crédit Foncier	1.467	»»
Constitution de la Société	3.328	60
Reliquat de la rue Faisanderie	4.306	55
	692.641	3

Passif

Capital social		200.000	»»
Emprunts :			
en crédit Foncier	200.000 »		
à la Banque hypothécaire	20.000 »	240.000	»»
à la Financière médicale	20.000 »		
Obligations		80.000	»»
Créance du propriétaire		134.526	50
Réserve légale		4.616	55
Réserve spéciale		6.000	»»
Coupons échus et impayés		235	28
		665.378	33

Comptes de profits et pertes

Recettes

Report de 1905	62	75
Recettes des clients	157.835	75
Dû par les clients	8.326	55
Intérêts des valeurs et placements	844	55
Avances diverses	1.173	75
	168.243	35

Dépenses

Clients débiteurs en 1905 (sommes payées pour 1906)		7.494	»»
Frais généraux		22.668	15
Direction et personnel		26.978	15
Aides		11.611	50
Gardes		4.559	65
Ambulances		2.622	»»
Pharmacie		15.812	20
Fournitures diverses		38.724	80
Marchés		6.317	90
Conseil d'administration		1.260	»»
Crédit Foncier ;			
Annuité	4.819 35	4.861	90
Intérêts	42 55		
Divers		1.123	40
		144.023	65

Balance

Recettes	168.243	35
Dépenses	144.023	65
Bénéfices	24.219	70

Répartition

5 % à la réserve légale	1.211	»»
Intérêt de 5 % aux actions	10.000	»»
5 % au Conseil d'Administration	650	»»
Dividende aux actions (2 fr. 60)	5.200	»»
Dividende aux parts de fondateur (0 fr. 346)	5.200	»»
A reporter à l'exercice 1907	1.958	70
	24.219	70

M. le Dr Rous a pris ensuite la parole pour son rapport spécial :

Rapport du Directeur technique.

Messieurs,

Il ne m'appartient pas de vous donner ici mon avis personnelle sur les résultats de l'exercice 1906 que M. le Président de votre conseil d'administration vient de soumettre à votre appréciation. Mais en ma qualité de Directeur technique de votre société je vous dois quelques explications sur les causes qui à mon sens ont pu amoindrir les bénéfices de cette année. Il semble à première vue qu'un arrêt est intervenu dans le progrès toujours croissant des années précédentes, et ce au moment où notre installation ne laisse rien à désirer, et où notre personnel défie la concurrence de toute maison similaire. Y a-t-il là une crainte pour l'avenir ? Non, assurément, car les causes m'en paraissent toutes momentanées.

Les élections législatives ont éloigné de Paris pendant de longs mois certains de nos plus sympathiques et plus dévoués opérateurs. La crainte de troubles au premier mai a éloigné de nombreux Parisiens et quantité d'étrangers ; nous même nous avons dû à cette date laisser partir non guéris quatre malades : les lois nouvelles et notamment celle sur le repos hebdomadaire ont jeté dans le monde des affaires une perturbation telle que les prix d'achat ont augmenté de 12 à 15 %. Les maisons concurrentes dont le nombre s'accroît tous les jours ont, pour certains opérateurs, l'attrait du nouveau. Enfin, la cause principale à mon avis est un discours dans lequel l'auteur, reputé savant, et ce dans un but que je ne saurais apprécier a exposé en pleine séance académique des théories contraires à la chirurgie et à la pratique expérimentée de nos grands chirurgiens. Ce discours à grand apparat a jeté momentanément le trouble dans l'esprit du public. Le nombre des opérations chirurgicales a considérablement diminué, au grand dommage du reste des malades qui meurent alors qu'une opération aurait pu les sauver ou se font opérer au dernier moment, souvent trop tard malgré toute l'habileté des chirurgiens.

Cette crise est momentanée, assurément. Est-ce à dire pour cela que nous devons tranquillement attendre sa fin ? Il me semble au contraire que nous devons unir nos efforts pour rendre notre établissement de plus en plus florissant. Aussi, je suis persuadé que l'an prochain à pareille époque j'aurai la satisfaction de vous dire que nos espérances actuelles se sont réalisées.

Dr Rous.

M. le Président donne la parole au Commissaire des Comptes.

Rapport du commissaire des comptes.

Messieurs,

En ma qualité de commissaire des comptes, j'ai procédé à la vérification de la comptabilité et à l'examen du rapport que vous soumet notre oonseil d'Administration.

L'an dernier, le Conseil vous avait soumis un compte de premier établissement qui n'était pas de la comptabilité à proprement parler, mais qui avait le grand avantage de bien éclairer la situation et de séparer nettement nos dépenses d'installation et de constitution de nos dépenses de fonctionnement et d'entretien.

Ce compte ayant subi des modifications importantes, le Conseil le reproduit à nouveau :

Les dépenses s'élèvent à 649.636 31, savoir :

1° Terrain	294.967	25
2° Construction	303.939	71
3° Mobilier	43.094	10
4° Frais de constitution de Société	3.328	60
5° Reliquat rue de la Faisanderie	4.306	65
Total	649.636	31

L'acquisition du terrain a, vous le savez, été réalisée au cours de l'année 1906 et le mobilier a été réduit de 483 francs, par suite de la vente d'appareils d'hydrothérapie inutiles.

En face de ces dépenses, nous trouvons les ressources suivantes dont nous pouvons disposer :

1° Capital social	200.000	00
2° Emprunt crédit Foncier	200.000	00
3° — à la Banque hypothécaire	20.000	00
4° — à la Financière médicale	20.000	00
5° Obligations 5 %	80.000	00
	520.000	00
Dû au propriétaire	134.526	50
	654.526	50

L'emprunt au Sous-Comptoir des entrepreneurs a été remboursé ; quant à la créance du propriétaire, elle ne deviendra exigible que dans 15 ans.

Le Bilan au 31 décembre 1906 se solde par 692.641,34 à l'actif et au passif par 665.378,33, donnant en faveur de l'actif un excédent de 27.263,25. Nous trouvons naturellement à l'actif le terrain pour 294.967,25 comme chapitre nouveau et la construction passe à 303.939 ,71 par suite d'addition nouvelle. Le mobilier est réduit à 40.940 fr. parce que, d'une part il a fallu tenir compte de certaines détériorations et que, d'autre part, il a paru indispensable de faire entrer en ligne de compte, tout le matériel et le mobilier apportés par le docteur Rous lors de la constitution de la Société.

Nos réserves ont été placées en valeur de tout repos. Enfin un premier amortissement a commencé avec le Crédit Foncier. Au passif nous trouvons notre Capital, nos divers emprunts, la créance du propriétaire, notre réserve légale et spéciale, enfin le montant des coupons échus et impayés.

Le compte des Profits et Pertes nous donne des résultats sensiblement inférieurs à ceux de l'exercice précédent : 168.243 fr. 35 à l'actif et 144.023 fr. 65 au passif, contre 179.536 fr. 70 à l'actif et 136.996,30 au passif.

Nos recettes ont diminué et nos dépenses ont augmenté. Quoi qu'il en soit, l'exercice laisse un solde disponible de 24.219 fr. 70 absolument justifié par la comptabilité de la Société.

La répartition des bénéfices que vous propose le Conseil d'administration me paraît convenable :

5 % à la réserve légale	1.211	00
5 % aux 2000 actions de 100 francs	10.000	00
Total	11.211	00
Puis sur le reste :		
5 % au Conseil d'Administration	650	
part égale aux actions 2,60	5.200	
part égale aux parts 0,346	5.200	
Il sera reporté à l'exercice 1907	1.958	70
Total	24.219	70

Les comptes sont tenus avec la régularité la plus grande et un inventaire complet a été fait en fin 1906. Nous ne pouvons donc que remercier notre Directeur et notre Conseil d'Administration et souhaiter que l'année 1907 nous soit plus favorable que celle dont nous venons de liquider les comptes.

Je vous propose, Messieurs, d'approuver les comptes tels qu'ils vous sont présentés par le Conseil d'administration et d'accepter la répartition des bénéfices qu'il vous propose.

Paris, le 20 janvier 1907,

Signé : Dr GASSOT.

M. le Président demande si quelque membre a des observations à présenter sur les comptes qui viennent d'être soumis après contrôle.

Personne ne réclamant la parole, l'Assemblée adopte successivement et à l'unanimité les résolutions suivantes.

1re *Résolution.*

Les comptes sont approuvés sans observations.

2e *Résolution.*

La somme de 1221 fr. est attribuée à la réserve légale.

3e *Résolution.*

Dix mille francs sont consacrés à payer l'intérêt de 5 % aux deux mille actions.

4e *Résolution.*

Il ne sera pas fait de versement cette année à la Réserve spéciale.

5e *Résolution.*

La somme de 650 francs est attribuée au 5% prévue sur les bénéfices pour le Conseil d'administration.

Les actions reçoivent un dividende brut de 2,60 soit 5200 fr. et les parts de fondateur une rémunération de 0,346 millimes par unité soit 5.200 fr.

Il est reporté à l'exercice 1907 une somme de 1958 fr. 70.

6e *Résolution.*

M. le Dr Gassot est réélu commissaire des comptes et recevra à ce titre une indemnité de 300 francs.

***

L'assemblée s'entretient ensuite du sujet auquel faisaient allusion les rapports du Président et du Directeur et constate le grave préjudice causé aux malades par la publicité inconsidérée des discussions académiques.

Sur la proposition de l'un de ses membres, elle invite le *Concours médical*, si largement représenté dans ses rangs, à signaler ce danger avec son habituelle indifférence pour les insinuations dont sa campagne pourrait être l'objet.

M. le Dr Jeanne rapporte le même effet déplorable produit par l'exposé à l'Académie, devant un reportage sans prudence, des succès obtenus par le sérum antituberculeux de Marmorek dont ne peuvent profiter que quelques favorisés. Les praticiens qui n'en ont pas à leur disposition voient leurs tuberculeux se lamenter et se démoraliser dans la déception depuis les articles de la presse politique sur la communication Monod. « N'est-ce pas, dit il, un devoir de conscience pour « le médecin de mieux mesurer la portée de ses pa- « roles, et de réserver au milieu exclusivement mé-

« dical les affirmations qu'il croit avoir à donner ? « N'est-ce pas aussi de la plus élémentaire sagesse, « quand les variations d'opinion les plus décon- « certantes aboutissent à de pareilles réactions « meurtrières, de ne pas s'aventurer jusqu'à des « affirmations dogmatiques parfaitement incom- « patibles avec l'art de l'observation clinique ? Si « donc, Messieurs, vous estimez que ces choses-là « doivent être dites, rien ne vous empêche de de- « mander que le *Concours* publie le procès-ver- « bal de cette Assemblée. Vous êtes de chez lui ; « le Conseil de Direction se rendra j'en suis sûr à « votre désir ».

Cette proposition mise aux voix et adoptée à l'unanimité clôt la séance qui est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Dr Jeanne. — *Le Président.* A. Maurat.

Les assesseurs. Hénon. Fuscien.

N. B. — Le Conseil d'administration informe les associés que les intérêts et dividendes pour l'exercice (actions et obligations) seront payés à partir du 1er avril, sous déduction de l'impôt, à la Maison de santé, 4, rue du Sergent Hoff.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le libre choix possible même derrière la demande du patron.

Mon cher Directeur,

Je vous écris au recto seulement afin que, si vous le jugez utile, ma lettre, bien que forcément longue, soit mise sur le marbre sans entraîner un supplément de travail.

Vous croyez sans doute qu'il suffit tout simplement d'avoir une lettre du patron pour être honoré par ledit patron ou par sa compagnie d'assurances au tarif ouvrier local? Détrompez-vous : J'eus à soigner en 1906, pour le compte d'un entrepreneur, M. G., au V. ., trois accidentés du travail : un nommé A.., ouvrier de passage qui n'était jamais venu dans le pays ; un nommé H..., pour qui l'on vint me chercher alors qu'il était dans le coma à la suite d'une chute de douze mètres de hauteur ; un nommé M..., enfin pour les soins de qui j'obtins une lettre du patron ; ce préambule afin de vous montrer que la responsabilité du chef d'entreprise était nettement engagée, le premier ouvrier ne me connaissant pas, le second n'ayant aucune conscience lorsqu'on m'appela auprès de lui, le troisième étant porteur d'un mot ainsi conçu (je ne vous envoie pas l'original parce qu'on se refuse à me le rendre au greffe de la justice de paix de S.-G.).

Sur papier à en tête de la maison G :

« Monsieur le docteur, je vous prie de donner vos soins à M. M..., mon ouvrier.

J'ai l'honneur etc.

Signé : G... »

Au bout de 6 mois, je réclame mes honoraires (au tarif local) à M. G..., avec qui je suis d'ailleurs en fort bons termes. Au bout d'un certain temps, je reçois la visite d'un auxiliaire du représentant de la compagnie « La P. ».

Cet auxiliaire me propose une somme dérisoire ne découlant d'aucun tarif établi. Je lui déclare que je n'accepte pas.

Un mois plus tard, nouvelle réclamation au patron. Il me répond que le représentant de S.-G. a perdu les notes d'honoraires (tactique ordinaire du Monsieur, dans l'espoir que les notes nouvelles contiendront des différences avec les premières). Je refais les notes et l'agent lui-même se présente chez moi.

Mon personnel, qui a la consigne de ne recevoir aucun agent d'assurances, lui dit que je ne suis pas chez moi. Deuxième visite 2 ou 3 jours après ; même réponse. Ce monsieur aurait dû comprendre, et de fait comprit fort bien, car il sait que ses procédés l'ont fait mettre tout particulièrement à l'index par les médecins de la région qui se respectent. Mais il est de ces gens qui prétendent s'imposer et je dus lui faire dire à sa troisième visite que je ne serais jamais chez moi pour lui. Bref, j'assigne le patron à S.-G. Les audiences traînent pendant deux mois et aboutissent au jugement que je vous adresse ci-joint. Vous remarquerez le plus joli ; je suis débouté de ma demande précisément pour l'ouvrier au sujet duquel j'avais une lettre du patron. D'autre part, on m'accorde le tarif ouvrier local pour celui dont les camarades sont venus directement me chercher (cas auquel il me semble, le patron pouvait à la rigueur être considéré irresponsable) mais le juge réduit ma note de 35 %.

Voici donc la question mise au point pour le canton de S.-G. et mes confrères ou moi n'avons plus que faire d'une lettre de patron, n'est-il pas vrai ?

J'ai la très médiocre consolation que le même juge de paix a décidé, sur ma demande énergique, que mes honoraires ne sauraient en aucun cas m'être réglés par un autre que le patron si je m'oppose à recevoir l'agent d'assurance ou l'un de ses sous-agents. Avis aux intéressés qui devraient bien prendre note de ce faible avantage et boycotter ainsi de plus en plus les représentants des compagnies.

Qu'en pensez-vous ?

Bien vôtre,

Dr B.

Réponse. — Il nous a fallu lire le jugement (que nous publions) pour comprendre la cause de votre déception. *La fameuse demande du patron n'a été écrite que après libre choix de l'ouvrier M., qui en a témoigné,* et vraiment il a été bien jugé sur ce point. Le contraire nous eût d'ailleurs étonné, le juge en question nous ayant habitués dès longtemps à des sentences bien étudiées.

Le tarif local ou le tarif ministériel ?

Tribunal de paix de Saint Germain-en-Laye.
(13 décembre 1906).

Entre le sieur B., docteur médecin, demeurant au V., rue de l'Eglise, numéro 9 *bis*, élisant domicile en l'étude de l'huissier ci-après nommé.

Demandeur par exploit de Me Chabre, huissier à S.-G., du 23 octobre dernier, enregistré, comparant en personne, d'une part. Et le sieur G., entrepreneur en maçonnerie, demeurant au V., boulevard Carnot, numéro 27, défendeur, comparant par M. F. B., agent général d'assurances, demeurant à Saint-Germain-en-Laye, rue d'Hennemont, no 7, son mandataire en vertu d'un pouvoir enregistré et ci-annexé d'autre part :

Point de Fait:

Par l'exploit sus-énoncé, le demandeur a fait citer le défendeur à comparaître à l'audience du 25 octobre dernier, pour, est-il dit en cette citation, s'entendre condamner à payer au demandeur la somme de 204 francs qu'il lui doit pour soins donnés à ses ouvriers accidentés, nommés M., H. et A., les deux premiers soignés à leurs domiciles et le dernier au cabinet du demandeur ; s'entendre condamner aux intérêts et dépens :

A la dite audience, la cause a été remise à celle du 15 novembre, où, par conclusions additionnelles prises à la barre, B. a conclu à ce que G. soit condamné à lui payer, en plus des deux cent quatre francs, la somme de 12 francs 50 pour honoraires d'un autre médecin qui l'avait assisté dans une opération faite à un des ouvriers accidentés ; G.... a contesté le chiffre de la demande et a offert 156 francs 20 centimes se basant sur le tarif officiel du 8 octobre 1906 ; B. a refusé ces offres comme insuffisantes, et a demandé l'application du tarif ouvrier local sur lequel il avait basé sa demande ; Puis la cause a été remise à l'audience du 29 novembre, où elle fut mise en délibéré, les parties persistant en leurs articulations primitives.

Sur quoi nous, Juge de Paix, après avoir entendu les parties en leurs dires et conclusions respectifs, statuant en dernier ressort ;

Attendu, en fait, que le docteur B. a fait citer devant nous G... entrepreneur de maconnerie au V..., en paiement de 204 francs pour soins donnés à trois de ses ouvriers victimes d'accident du travail nommés M., H. et A., aux intérêts de droit et aux dépens ; qu'il a expliqué à l'appui de sa demande que ces ouvriers lui avaient été envoyés par G. et qu'il était donc fondé à réclamer à celui-ci ses honoraires établis suivant le tarif régional réduit, dit tarif ouvrier, qui comporte :

pour M........................	51
pour H........................	115
pour A........................	38

et non pas suivant le tarif arrêté par le Ministre du Commerce en date du 30 septembre 1905 en conformité de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par l'article 1er de la loi du 31 mars 1905 ; que ce dernier tarif est seulement applicable dans le cas où c'est l'ouvrier qui a choisi lui-même son médecin ;

Attendu que G. affirmant que le docteur B. n'avait jamais été son médecin et que c'était bien les ouvriers qui l'avaient choisi a fait à la barre, le quinze novembre, offres réelles de 156 francs 20 centimes se décomposant :

pour M........................	38
pour H........................	88,20
pour A........................	30

compte des honoraires du docteur B. établis suivant le tarif ministériel du 30 septembre 1905 ; que le demandeur a déclaré refuser les dites offres et persister dans ses conclusions ; qu'en présence de ces affirmations contradictoires, nous avons invité les parties à nous produire les déclarations ou les témoignages des ouvriers accidentés soignés par le demandeur ; qu'à l'audience du 29 novembre elles ont, d'un commun accord, consenti à la comparution de l'ouvrier M., le seul des trois ouvriers sus-désignés qui se trouve encore habiter dans la région ; que M. a déclaré qu'aussitôt son accident survenu il avait prié G., son patron, de lui indiquer un médecin ; que G. lui avait donné les noms de plusieurs médecins du pays, parmi lesquels il avait retenu le nom du docteur B., habitant tout près de là et chez lequel il s'était rendu après que l'adresse exacte lui en eût été donnée par un passant ; que le docteur lui ayant demandé une pièce indiquant bien qu'il était un accidenté du travail, il lui avait alors donné un petit bulletin détaché d'un livre à souche intitulé : « avis d'accident au médecin » que lui avait remis son patron, bulletin que le docteur n'avait point trouvé suffisant et à l'appui duquel il avait déposé une telle lettre de G. qu'il était retourné lui réclamer ; que M. a affirmé que les faits s'étaient déroulés de même façon pour son camarade blessé A., que pour H., qui avait fait une chute grave, laquelle avait entraîné de suite un évanouissement, ses camarades présents avaient, sans avoir reçu à ce sujet aucun ordre, été, immédiatement, chercher le médecin qui s'était trouvé être par hasard le docteur B. ;

Attendu que les deux parties, tout en reconnaissant exactes les déclarations de M. ont quand même déclaré persister en leurs conclusions.

Attendu, en droit, que le tarif ministériel du trente septembre 1905, élaboré en vue de satisfaire aux prescriptions de l'article 4 de la loi du 9 avril 1890 modifié par l'article 1er de celle du 30 mars 1905, ne comporte qu'une application spécialisée au seul cas où c'est l'ouvrier victime de l'accident du travail qui a fait choix de son médecin ; que lorsque le médecin a été choisi ou appelé par le patron ou la compagnie à laquelle il est assuré, le tarif ne saurait être le même, et que dans ce cas le tarif le plus généralement fixé par la jurisprudence est celui établi dans la région spécialement pour les classes ouvrières, tarif qui dans Seine-et-Oise est celui adopté par le Conseil général et qui après examen n'est pas exactement celui qui a servi au demandeur à établir sa demande en deux cent quatre francs ;

Attendu que nous sommes souverain appréciateur du fait ;

Attendu qu'il résulte des faits, documents et circonstances de la cause, que les ouvriers accidentés M. et A. ont bien fait eux-mêmes choix de leur médecin ; que le docteur B. ne saurait être reçu en sa prétention contraire, basée sur le bulletin d'avis au médecin et la lettre du patron, documents qu'il a exigés de l'ouvrier venu spontanément à son cabinet, pour être assuré que celui-ci était bien un accidenté du travail tombant sous le coup de la loi du 9 avril 1898 ; que pour ces deux ouvriers leur patron G. ne doit être responsable des soins qui leur ont été donnés que suivant les prix établis au tarif ministériel du 30 septembre 1905, c'est-à-dire d'après vérification par nous faite, pour la somme de 68 francs qui est celle offerte par G. au lieu de celle réclamée par le docteur B. ;

Qu'il n'en saurait être de même en ce qui concerne l'ouvrier H... qui, privé de sentiment par suite de son accident, n'a pu vraisemblablement faire choix de son médecin ; que l'exception inscrite dans la loi est formelle et limitative et ne saurait recevoir une interprétation plus étendue que celle précisée dans son texte ; que lorsque le patron adresse l'ouvrier à un médecin de son choix, il se forme ainsi un contrat direct entre lui et ce médecin dont la loi nous a confié la charge d'arbitrer les honoraires dans un esprit d'équité et en tenant compte qu'il s'agit d'accident du travail ; que dans le cas de l'ouvrier H., les autres ouvriers de G., ses camarades, témoins de sa chute, qui se sont précipités d'urgence à la recherche d'un médecin, ne peuvent être, en droit aussi bien

qu'en fait, considérés que comme mandataires du patron vis à vis du dit médecin ; que celui-ci qui, par humanité, est venu au premier appel est fondé à se dire choisi par le patron pour toute la durée des soins à donner, si le patron aussitôt après cette première visite d'urgence, ne lui a point fait savoir qu'il n'en était pas ainsi ; que pour les soins donnés à l'ouvrier H., le docteur est donc fondé à réclamer à G. ses honoraires basés sur le tarif ouvrier ;

Mais attendu qu'après vérification par nous faite, la note portée par le docteur B à 115 francs doit être ramenée à 87 francs et qu'elle se trouve être alors inférieure à la somme de 88 francs 20 centimes offerte par G. pour ces mêmes honoraires, que par cette dite offre le demandeur reçoit donc suffisante rémunération ;

Attendu que, dans ces conditions, nous devons déclarer bonne, valable, suffisante et libératoire l'offre de 156 francs 20 centimes faite à la barre par G. ; que le demandeur succombant doit supporter les dépens :

Par ces motifs :

Disons bonne, valable et suffisante, l'offre faite par G., le condamnons à payer au docteur B. la somme de 156 francs 20 centimes moyennant le paiement de laquelle il sera libéré envers lui ; déboutons le docteur B. du surplus de sa demande, le condamnons aux dépens.

Ainsi jugé et prononcé par nous, Pascal Quesnel, chevalier de la Légion d'Honneur, officier de l'Instruction publique, juge de paix du canton de Saint-Germain-en-Laye, assisté de Me Albert Fouquet, Greffier, l'an 1906, le 13 décembre.

En l'audience publique, les portes ouvertes.

Signé : Fouquet ; Quesnel.

Tribunal de paix du canton de Poissy (1er février 1907).

Nous, Juge de Paix, statuant contradictoirement par jugement en dernier ressort, *attendu* qu'il est bien établi, que c'est le conducteur des travaux au service de R. et au nom de ce dernier que Maury a été appelé à donner ses soins à D., victime d'un accident du travail; que ce dernier, du reste, n'a à aucun moment protesté contre le choix du médecin qui lui a été donné au nom de son patron et n'a jamais manifesté le désir de choisir lui-même ; *attendu* que R. prétend que, dans la circonstance de la cause, Maury est devenu le médecin de D. seul et qu'il y a lieu de réduire les honoraires de Maury qui s'élèvent à la somme de quarante-six francs suivant le tarif régional du Syndicat des médecins de Seine-et-Oise et en conséquence de ne payer au docteur que la somme de quatorze francs d'après le tarif spécial ; *considérant* que, dans l'espèce, la prétention de R. ne serait admissible que si, au moment de la mise en œuvre du médecin par le représentant du patron, il était intervenu une convention sur la question de rémunération et que les honoraires avaient été fixés d'après le tarif spécial invoqué par R. ; *considérant* qu'en l'absence de toute convention il y a lieu de prendre pour bon le tarif régional et qu'il nous est démontré que, par application de ce tarif, la somme de quarante-six francs réclamée par Maury n'est pas exagérée ; *attendu* qu'en conséquence il y a lieu de condamner conjointement et solidairement le patron et l'ouvrier à payer à Maury la somme qu'il réclame et en outre de les condamner également solidairement aux dépens. Par ces motifs, condamnons conjointement et solidairement R. et D. à payer à Maury la somme de quarante-six francs pour honoraires et aux intérêts de droit. Les condamnons en outre aussi solidairement aux dépens liquidés à dix sept francs vingt centimes formant le coût des deux exploits sus-énoncés, mais, en ce, non compris le coût du présent jugement et sa mise à exécution s'il y a lieu, qui est aussi à la charge des défendeurs et ordonnons l'exécution provisoire de ce jugement nonobstant appel et sans caution. Ainsi jugé et prononcé par M. Jules Mantion, chevalier de la Légion d'honneur, juge de paix de la ville et du canton de Poissy, assisté de Me Paul Rossignol, greffier de la justice de paix de ces ville et canton. En audience publique tenue à Poissy, en l'une des salles de l'Hôtel de la Mairie. L'an 1907 le vendredi 1er février.

CORRESPONDANCE

Les médecins au rabais des Compagnies d'assurances-vie.

Le docteur Longbois, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Joigny, à M. le docteur Jeanne, directeur-gérant et rédacteur en chef du *Concours Médical.*

Monsieur et très honoré confrère,

Je refuse de m'engager envers les Compagnies d'Assurances, quel que soit leur but, me réservant toujours de traiter avec elles comme avec un client riche qui a recours à mes bons offices et d'imposer mes conditions.

La Compagnie d'Assurances « La New-York » sur la vie, m'a adressé vendredi dernier, de Paris, sous la signature de son médecin-directeur un dossier et une prière de vouloir bien établir un certificat médical le lendemain samedi. Il s'agissait d'une somme importante.

J'ai aussitôt informé la Compagnie que j'étais à sa disposition et que mes honoraires s'élèveraient à la somme de cinquante francs, (je crois même que c'est celle fixée par vous dans le Tarif).

Le lendemain matin, avant-midi, j'ai reçu un télégramme de la Compagnie me disant « Ne visitez pas X, lettre suit » et, l'après-midi, non pas une lettre, mais la visite d'un des médecins de cette Compagnie à Paris qui venait me réclamer le dossier pour pouvoir procéder lui-même à l'examen du candidat. Tout en causant, il m'avoua que le chiffre que je réclamais n'était pas trop élevé à ses yeux, mais que sa Compagnie trouvant des médecins à 10 et à 15 fr., pour faire cette besogne, avait préféré payer à un de ses médecins un voyage à 150 k. de Paris, des frais de route, de séjour et des honoraires, plutôt que de créer un précédent en m'accordant le chiffre que justement je réclamais. Et il avait accepté.

Je lui fis observer qu'il y avait encore en ville une demi-douzaine de médecins et que, dans le nombre, la Compagnie aurait peut-être trouvé chaussure à son pied, il me déclara ingénument qu'on tenait absolument à moi ! Pour Quinze francs, au choix, vraiment ça n'était pas cher !

Vous pouvez faire de cette lettre tel usage que bon vous semblera et la publier *avec ma signature* si vous jugez le cas intéressant.

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Longbois.

Joigny, le 10 février 1907.

L'affichage des tarifs dans le cabinet du médecin.

Le 11 février 1907.

Mon cher Confrère,

Je viens de lire avec un vif intérêt la lettre du Dr Mouras (affichage dans le cabinet du médecin des règles de tarification de nos honoraires).

Je me permettrai, à ce sujet, d'émettre quelques observations. J'applaudis de tout mon cœur à la campagne entreprise par le *Concours* pour la défense des intérêts professionnels ; mais je pense qu'il ne faudrait pas exagérer dans un certain sens.

Depuis quelque temps les salles d'attente des médecins sont encombrées d'affiches aussi variées que multiples.

Si nous affichons encore le tarif de nos honoraires, nous perdrons en considération et en dignité. Il ne faudrait pas, sous prétexte de bonne harmonie confraternelle, que notre salle d'attente ressemblât à un salon de coiffure où le prix des frictions est affiché.

Veuillez agréer,

Dr E. de C. (Vaucluse)

Réponse. — Parmi un grand nombre de lettres relatives à la proposition du confrère Mouras, la vôtre seule est peu favorable à l'idée ou fait des réserves. Celles-ci sont basées sur la dignité professionnelle ! Bien grand mot pour couvrir peut-être ce qui n'est plus exactement que question de mode et d'effet produit sur la galerie.

En tous cas notre devoir est tracé. Dès que la révision du tarif ministériel sera faite (délai de quelques mois) nous préparerons ces cartons-affiches et les tiendrons à la disposition...... de ceux qui en voudront. Mais il faut attendre cette révision.

L'exemple à suivre partout.

11 février 1907.

Mon cher Confrère,

On parle beaucoup depuis quelque temps de déontologie, relèvement de tarifs, moyens de défense contre les collectivités de toutes sortes qui nous exploitent, abolition des monopoles, syndicats, etc., etc.

Le plus souvent tous ces efforts restent vains !

Ce qu'il faudrait changer, c'est la mentalité spéciale de quelques-uns de nous, résultat d'une déplorable façon d'envisager la vie et les devoirs qu'elle comporte.

Je vous livre le fait suivant qui vous donnera une idée de la façon différente dont on résout en médecine certains problèmes professionnels.

J'ai 40 ans, 15 ans d'exercice. J'ai reçu très souvent la visite d'agents de Sociétés diverses (assurances sur la vie, accidents, sociétés de secours mutuels, etc.) venus pour solliciter mes services. Quelques-uns faisaient luire à mes yeux de grands espoirs, de sûrs triomphes.

J'ai toujours répondu par un *veto* formel, car de tout temps, je me suis senti invinciblement attiré par l'attrait de ces deux grands principes qui doivent dominer l'exercice de la médecine :

1° La liberté laissée au malade de choisir son médecin.

2° La suppression de tous les monopoles professionnels quels qu'ils soient, dus le plus souvent à l'intrigue et au favoritisme.

Une seule fois je me suis laissé surprendre. C'était en 1904, le 22 novembre. Sous la poussée très aimable d'un de mes amis, agent d'une société d'assurance, je me laissai aller à accepter les fonctions de médecin délégué de la « P. ».

Ce ne devait pas être pour longtemps.

Je restai deux ans sans voir un seul malade. Le temps avait fait son œuvre et l'oubli était venu. Je ne pensais plus à cette Société lorsqu'au mois de janvier de cette année 1907, un malade se présenta à moi.

Cette visite fut pour moi mon chemin de Damas. Elle jeta dans mon esprit une illumination soudaine, qui me rappela au sentiment de la réalité et me remit face à face avec mes anciennes idées d'intransigeance déontologique et professionnelle dont je n'aurais jamais dû me départir.

Sans attendre le règlement de mes honoraires, je n'hésitai plus à prendre la plume et à écrire au Directeur de la Cie la lettre suivante que je fis recommandée :

M....., le 10 janvier 1907.

« Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous prier d'accepter ma démission de Médecin délégué de la « P. » fonctions que j'avais acceptées à mon corps défendant sur les instances très aimables de M. R.... votre agent général de M...., mon ami.

La loi de 1905, d'abord, celle de 1906 ensuite, qui étendent aux professions commerciales les dispositions relatives aux accidents, ayant totalement changé la situation que visait un contrat passé en 1903 ou 1904 me font un devoir, par respect pour la liberté des victimes du travail, et pour ne pas porter la moindre atteinte aux intérêts de mon confrère, de dénoncer le contrat qui me liait à votre compagnie.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'hommage de mes sentiments les plus distingués.

Dr M... »

Nous remarquerons que le confrère dont il est question dans ma lettre et dont je prends si bien la défense monopolise à lui tout seul 3 ou 4 Sociétés. *Ab uno disce omnes* !

Croyez, mon cher Confrère, à mes sentiments bien dévoués et bien reconnaissants pour votre œuvre si prospère de défense professionnelle.

Dr M.

Les médecins assermentés.

Nous avons reçu une lettre aussi vive qu'anonyme contre l'article du « Professionnel des postes » : notre correspondant s'étonne de l'hospitalité que nous avons donnée à cet article et réclame à ce sujet des explications.

Nous ne publions pas cette lettre attendu qu'elle n'apporte dans le débat aucun argument nouveau. Par contre, l'article que nous avons donné fournissait (peu importe sous quelle forme) l'opinion des intéressés. Cela seul nous imposait le devoir d'éclairer nos lecteurs : nous l'avons rempli sans viser personne en particulier, suivant notre habitude. *Le Concours* a été créé pour cela. N. D. L. R.

Les déboires de la propagande.

Pour un qui se décide, empressons-nous de profiter de l'occasion. J'en peste de constater combien de mes confrères sont négligents !

Plus de 8 à 10 m'ont demandé des bulletins d'adhésion, qui pour le « Sou » qui pour l'A. M., qui pour

Patronage. J'en ai revu plusieurs personnellement, qui m'ont fait l'aveu de négligence et promis leur adhésion pour décembre. Et rien. Remarquez que nous avons eu ici une grosse menace de poursuites. Un confrère avait prescrit de la digitaline par centig. au lieu de milligramme. Le malade fut à toute extrémité. Menace de la famille qui demande au médecin 10.000 fr. Affolement de celui-ci, réunion du syndicat, qui, entre parenthèses s'aperçoit qu'il est encore de ce monde. (Il ne s'était pas encore réuni, ou peut-être une seule fois).

Le syndicat décide de soutenir le confrère, et c'est à cette séance que beaucoup de médecins m'ont demandé des renseignements verbaux sur nos œuvres, songeant justement que, en de telles circonstances, le « Sou » serait très utile. Immédiatement aussi on pense à vous écrire. Mais, l'orage dissipé, toutes les bonnes volontés disparurent, et nos confrères, comme par le passé, s'endorment d'un sommeil paisible sur le bord du précipice.

Leur apathie est telle que je n'espère pas les réveiller facilement.

Nous avons cependant un jeune syndicat en formation. Réussira-t-on ? je le souhaite et l'espère.

Amitiés confraternelles.

Dr C.

Correspondant de la Côte-d'Or.

BIBLIOGRAPHIE

A. DARIER. — **Leçons de thérapeutique oculaire**, basées sur les découvertes les plus récentes, 3e édition complètement remaniée. Un vol., in-8 de 400 pages. Paris 1907. Prix : 12 francs.

Notre distingué confrère a publié, il y a quelques années, une série de leçons très remarquables sur la thérapeutique oculaire en un volume dont deux éditions successives et une édition anglaise ont été rapidement épuisées. Cette nouvelle édition, complètement remaniée, a pour but de nous faire connaître les récentes applications dont s'est enrichi notre arsenal thérapeutique.

M. DARIER nous montre successivement que la *sérothérapie*, la *tuberculine*, le *radium* ont trouvé des applications nombreuses et se sont révélés des agents actifs dans certaines infections de l'œil, les tuberculoses de l'iris et de la cornée, l'épithélioma superficiel des paupières. Quant aux sels organiques d'argent, aux injections sous-conjonctivales de dionine, de sels mercuriques, etc., préconisés avec tant de conviction dans les éditions précédentes, ces divers agents sont entrés dans la pratique courante.

Le grand mérite de ce livre est d'avoir été vécu par son auteur dont il reflète presque exclusivement les idées personnelles basées sur plus de 20 années de pratique et d'études ophtalmologiques. Félicitons M. DARIER d'avoir traité la thérapeutique oculaire en faisant une large place à l'expérimentation à côté de l'observation clinique.

S. B.

Et. BOUDIN. — **Les troubles de la parole. La lecture sur les lèvres.**

Dans ce petit ouvrage qui s'impose à l'attention des médecins et plus spécialement à celle des oto-rhino-laryngologistes, l'auteur, après avoir rappelé les avantages résultant d'une prononciation claire et distincte et, par contre, les conséquences fâcheuses que peut avoir une articulation discordante, confuse, embarrassée, expose comment, au cours de l'évolution fonctionnelle des organes vocaux, naissent les troubles de la parole.

Passant en revue leurs causes naturelles et accidentelles, il montre la possibilité de remédier à toutes les anomalies qui relèvent de l'orthophonie : (blésités, retard du langage, bégaiement, raucité vocale, nasillement, voix infantile,) par une rééducation rationnelle des organes de la phonation.

L'auteur signale d'autre part aux personnes atteintes de surdité reconnue incurable, un traitement pédagogique trop peu connu et basé lui aussi sur des remarques physiologiques et sur l'expérience. Il consiste à donner aux personnes devenues sourdes à un certain âge, le moyen de reconnaître, sur la bouche d'autrui, la parole qu'elles ont cessé d'entendre.

Ce petit travail nous paraît, au double point de vue de l'orthophonie et de la lecture sur les lèvres, mériter l'attention des médecins et plus spécialement des oto-rhino-laryngologistes.

REPORTAGE MÉDICAL

Deux bonnes nouvelles pour le Concours. — M. le Dr Landé est nommé professeur de médecine légale à la Faculté de Bordeaux.

M. le Dr Lepage a été choisi à l'unanimité par le Conseil de l'A G. pour remplacer M. le Dr Lereboullet au poste lourd et délicat de secrétaire général de notre grande Association générale des médecins de France.

A l'un et à l'autre nous adressons les cordiales et unanimes félicitations de notre militante Société.

Cuisinier, juge de paix et médecin. — Un médecin avait été appelé à 50 kilomètres de sa résidence pour une consultation. La malade était la fille d'un M. X..., cuisinier médiocre, mais propriétaire très riche.

Le médecin ayant demandé 200 francs d'honoraires pour ce déplacement, M. X..., le cuisinier, répondit qu'il trouvait ces honoraires très exagérés et qu'il ne les payerait que si le juge paix de sa ville l'y obligeait.

Or, ce cuisinier possédait une femme très agréable, et les mauvaises langues prétendaient que le cuisinier n'ignorait pas que son bon juge de paix faisait, pour le constater par lui-même, de fréquentes enquêtes de *commodo*.

Le médecin voyant le sort de ses honoraires ainsi placé entre deux larrons, eut une idée pas géniale, mais très pratique.

Etant demeuré de 9 heures du matin à midi et demi chez le cuisinier, le médecin lui fit écrire par un habitant d'une ville également distante de 50 kilomètres :

« On m'a vanté votre talent de cuisinier. Ayant décidé d'offrir un déjeuner à plusieurs amis très gourmets, je vous prie de me faire connaître vos honoraires pour vous rendre à mon domicile, distant du vôtre de 50 kilomètres.

« Il vous suffira d'arriver par le train de 9 heures. Nous nous mettrons à table à 11 h. 1/2, vous pourrez donc repartir à midi et demi. »

Le cuisinier répondit qu'il exigeait 250 fr. pour le susdit déplacement.

Nanti de cette lettre, le médecin fit donner au cuisinier un billet d'invitation à comparaître devant le bon juge.

A l'audience, le médecin se contenta de répondre aux objections que la reconnaissance dictait au juge :

—Estimez-vous, Monsieur le juge, qu'un médecin

peut demander pour un tel déplacement les mêmes honoraires qu'un cuisinier médiocre ?

— Sans doute, répondit le juge.

— Eh bien ! je demande moins qu'un médiocre cuisinier, comme va vous le prouver la lecture de cette lettre de M. X.

La lecture de la lettre du cuisinier ayant provoqué dans l'auditoire un fou rire, le bon juge, pris lui-même d'une magistrale gaîté, s'écria, s'adressant à M. X..., le cuisinier :

— Donnez à ce médecin les honoraires qu'il vous réclame.

Le cuisinier — en maugréant, sans doute, — remit immédiatement à notre confrère les 200 francs qu'il lui réclamait.

(*Bulletin d'Oculistique de Toulouse.*)

Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie (5e session — Alger, 1er-16 avril 1907). — *Voyages en Algérie et Tunisie* organisés à l'occasion du Congrès.

1° Départ en groupe de Marseille le 18 mars: Bizerte, Tunis, Kairouan, Sousse. Tunis, Constantine, Biskra, Hammam-Salaï, Sidi-Okba, Batna, Lambessa, Timgad, Sétif, Alger, arrivée le 31 mars à 7 h. du soir.

Retour individuel et facultatif d'Alger à Marseille. Prix à forfait : 1re classe, 530 francs.

2° Passage de Marseille à Alger à volonté. Départ en groupe d'Alger, le 6 avril, Bougie, Le Chabet, Sétif, Biskra, Hammam-Salaï, Sidi-Okba, Batna, Lambessa, Timgad, Constantine, Hammam-Meskoutine, Tunis, Kairouan, Sousse, Tunis, Marseille, arrivée le 21 avril. Prix à forfait : 1re classe 600 fr.

Ces prix comprennent les transports en bateaux (aller et retour) et chemins de fer en 1re classe, voitures, entrées et pourboires.

Le séjour à Alger à la charge des Congressistes, qui devront s'entendre avec le Secrétariat du Congrès à Alger, pour leur inscription et le logement.

Pour renseignements et programmes, s'adresser à M. HEUZÉ, directeur des voyages, 16, avenue Cartault, à Puteaux (Seine).

Adresser son adhésion au Dr GUINON, président de la section de Pœdiatrie, 22, rue de Madrid.

Pauvres Compagnies. — Nous extrayons d'une « *Cote circulaire* des valeurs d'assurances 18 janvier 1907», les tristes constatations suivantes sur la marche des actions des Compagnies-accidents :

ACCIDENTS	CAPITAL			DIVIDENDE		
	31 déc. 1904	31 déc. 1905	31 déc. 1906	1903	1904	1905
Préservatrice	2.000	3.000	3.300	85	110	110
Providence..	425	5[illegible]0	610	6 25	10	15
Urbaine....	460	530	570	19	22	25
Soleil........	565	640	645	26 88	27 84	27 84
Abeille......	515	740	73[illegible]	20	22 50	25
Patrimoine..	100	90	95	0	0	0
Secours......	150	170	190	6 25	6 25	6 75

Navrant, n'est-ce pas, quand on songe surtout que le champ d'action de ces braves spéculateurs va doubler ou tripler par les accidents commerciaux et agricoles!

Le Bureau de la Société médicale des hôpitaux est ainsi constitué pour l'année 1907 :

Président, M. Letulle ; vice-président, M. Chauffard ; secrétaire général, M. A. Siredey ; trésorier, M. Hudelo ; secrétaires des séances, MM. Rist, Gasne.

Comité de publication : MM. A. Siredey, Babinski, Barbier, Gasne, Rist.

Conseil de famille : MM. Letulle, Siredey. Troisier, Barth, Le Gendre.

Conseil d'administration : MM. Barié, Comby, Pierre Marie, Galliard, Le Noir, Simonin.

D'autre part, la Société a nommé membres titulaires MM. Riche, médecin adjoint de Bicêtre ; Morax, ophtalmologiste des hôpitaux ; Sacquépée, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Une misère — Nous signalons à la bienveillante attention du Corps médical la situation pénible d'un confrère. âgé de soixante-douze ans, habitant une commune du département. Ce confrère, dénué de toute ressource et n'ayant jamais songé à faire partie d'aucune des sociétés de prévoyance médicale existantes, a besoin aujourd'hui de secours immédiats.

Prière d'adresser les offrandes au Dr Abadie, de Bourg-sur Gironde, qui est chargé de les transmettre.

L'Association des Médecins de la Gironde s'est inscrite pour la somme de 25 francs et les membres présents à la séance du Bureau ont recueilli une première somme de 30 francs. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Un nouveau succès pour Châtel-Guyon. — On nous communique la lettre suivante, que nous reproduisons sans commentaires:

Ministère de la Marine. — Le Ministre de la Marine, à M. le Président du Conseil d'Administration des Eaux Minérales de Châtel-Guyon. J'ai l'honneur de vous informer que j'ai autorisé l'emploi, dans les hôpitaux maritimes, des Eaux Minérales de Châtel-Guyon (Source Gubler)

Pour le Ministre et par son ordre
Le Contre-Amiral

Faculté et hôpitaux

Sous la direction de MM. Fernand Bezançon, agrégé et Garnier préparateur, une série d'exercices pratiques de bactériologie a commencé le 18 février 1907.

Les conférences suivies de travaux pratiques, auront lieu à 1h. et demie au laboratoire de bactériologie de M. le professeur Cornil.

Programme du cours — 1° Leçon : Caractères généraux des microbes. Technique de la coloration des microbes. — 2° Stérilisation préparation des milieux de culture. — 3° Analyse bactériologique du pus. Microbes pyogènes ; staphylocoque, bacille pyocyanique. — 4° Streptocoque. — 5° Peste. Morve. Charbon. — 6° Analyse bactériologique des exsudats séro-fibrineux. Méningocoque. Tètragène. — 7° Analyse bactériologique des crachats. Pneumocoque. - 8° Pneumobacille. Coccobacille de Pfeifer. — 9° Bacille de Koch. — 10° Bacilles acido-résistants; pseudo-tuberculoses. Actinomycose. Muguet. — 11° Analyse bactériologique des angines. — 12° Bacille de Lœffler ; bacilles pseudo-diphtérique. — 13° Microbes de l'intestin ; colibacille. — 14° Bacille d'Eberth; bacilles paratyhiques. Sérodiagnostic. — 15° Analyse bactériologique des matières fécales. — 16° Choléra; dysenterie. — 17° Analyse bactériologique de l'air et de l'eau. — 18° Analyse bactériologique du sang. Hématozoaire, trypanosome, etc. — 19° Anaérobies. Tétanos. Vibrion septique. — 20° Infections de l'appareil génito-urinaire. Gonocoque, bacille du chancre mou. Syphilis. — 21° Maladies microbiennes et parasitaires de la peau. Teignes, etc.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Une série exceptionnelle de médecine opératoire, dirigée par M. Chifoliau, prosecteur commencera le mercredi 6 mars, à 1 h. 1/2. Cette série comprendra 45 élèves. Elle sera gratuite pour MM. les internes et Externes des hôpitaux.

Prix du cours : 50 francs. Se faire inscrire, 17, rue du fer à Moulin.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs EMANUELLI, d'Osne-le-Val (Hte-Marne) et CHALET, de St-Etienne, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vingt-neuvième année | N° 9 | 3 MARS 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

L'ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(CONGRÈS DES PRATICIENS)

L'organisation se poursuit activement en province.

Syndicats et Sociétés locales se réunissent à l'envi, rédigent leurs cahiers, confient leurs votes à des délégués qui auront les voix de chaque groupement, adressent la subvention minima de 1 fr. par membre, et souvent aussi attribuent une indemnité à ceux qui viendront les représenter.

Aux nouvelles de la semaine nous trouvons les organisations faites dans la Loire-Inférieure, dans l'Aisne, dans l'Eure, dans l'arrondissement de Cannes, au sein des Fédérations du Nord et du Sud-Est, dans le Lot, etc...

Trois à quatre cents adhésions individuelles à 5 fr. ont été reçues par le Trésorier.

D'autre part, la majeure partie des rapports sera déposée dans quelques jours entre les mains du Comité.

La date d'ouverture du congrès est définitivement fixée au vendredi 12 avril à neuf heures du matin : sa clôture au 14 avril à midi, afin que l'après-midi du dimanche soit réservée à l'assemblée de l'Association générale. Les séances du vendredi matin et du samedi matin seront consacrées aux rapports sur le *libre choix* et questions annexes ; celles de l'après-midi à la réforme des études médicales. La séance du dimanche matin sera remplie par le vote des résolutions, et l'élection d'une commission permanente chargée de poursuivre la réalisation de celle-ci. Nous publierons sous peu le procès-verbal qui relate ces décisions.

En somme, tout marche à souhait, malgré la grippe et en dépit du silence d'une grande partie de la presse médicale, qui ne vibre pas, on ne sait pourquoi, en accord avec la masse des praticiens.

Nous recevons, au dernier moment, le procès-verbal ci-dessous :

Groupe médical parlementaire.

Séance du 21 février.

Jeudi 21 février a eu lieu une réunion du groupe parlementaire des médecins du palais du Luxembourg pour traiter de la série des questions touchant aux études médicales et à la nomination d'une Commission extra-parlementaire.

Le ministre aurait déjà choisi lui-même les différents représentants des groupes qui paraissent peu disposés à accepter un mandat qui ne leur aurait pas été confié par leurs pairs. M. le Dr Reymond, sénateur, conclut à un vœu tendant à ce que le ministre surseoie à toute désignation et qu'il provoque les délibérations des groupements médicaux ; la commission extra-parlementaire aura ainsi, par avance, une autorité qui lui manquera si le ministre persiste dans ses intentions. Cette proposition est adoptée et le groupe vote la motion suivante :

« Le groupe parlementaire des Médecins prie Monsieur le Ministre de retarder la publication de la liste de la Commission extra-parlementaire, de la réorganisation des études médicales jusqu'à ce que les diverses associations, qu'il croira devoir consulter, aient donné leur liste de candidats, liste purement indicative, dans laquelle il aura toute faculté de choisir ceux qui lui paraîtront les plus qualifiés. »

Sur la proposition de MM. Aubry et Reymond, M. le Président dit qu'il est urgent de faire rentrer la réforme de l'agrégation dans la réforme générale des études médicales et qu'il pense que cette question doit être renvoyée pour étude à la Commission extra-parlementaire.

Conformément aux décisions ci-dessus, une démarche a été faite auprès du Ministre, présent au Palais du Luxembourg. Le Ministre dit qu'étant dans l'obligation de faire paraitre la liste d'ici quelques jours, les syndicats ou associations sont invités à présenter sans retard leur liste au groupe parlementaire, qui les lui transmettra.

Les secrétaires : Dr PEDEBIDOU, sénateur.
Dr LACHAUD, député.

Le Conseil de Direction s'est aussitôt réuni et a fait la réponse suivante à nos confrères du Parlement :

Extrait du Procès-verbal de la séance du Conseil de Direction du Concours Médical du 27 février 1907.

Le Conseil, après avoir pris connaissance du procès-verbal de la séance du Groupe médical parlementaire du 21 février 1907,

Remercie avec empressement le Groupe de ses démarches, le félicite du résultat obtenu et le prie de présenter au choix de M. le Ministre de l'Instruction publique pour la commission extra-parlementaire de la réforme des Etudes médicales, les noms de de MM. les Docteurs A. Gassot (de Chevilly, Loiret); Gouffier, 24, rue de Chartres (Neuilly-sur-Seine), et P. Lacroix, 41, rue de Berlin (Paris) qui se sont spécialisés depuis huit ans dans l'examen de cette question d'une importance si capitale pour le pays.

Pour copie conforme,
Dr JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic de la coqueluche. Sa contagiosité à distance

M. le Dr TRIBOULET a fait à la Société de Pédiatrie une communication sur le diagnostic de la coqueluche chez les tout jeunes enfants.

« Ce diagnostic, dit-il, est souvent très difficile, car les quintes sont peu caractéristiques et malaisément provocables.

« J'ai pu affirmer ce diagnostic en dépit de présomptions contraires, en me basant sur le signe suivant : on déprime fortement la base de la langue, de façon à voir le fond de la gorge, et, si possible, le sommet de l'épiglotte. Cette manœuvre détermine souvent l'énucléation, au fond de la gorge, d'un bouchon de mucosités opalines venant du larynx, d'aspect spécial et qui n'existe avec ces caractères que dans la coqueluche.

« J'attire l'attention sur la possibilité du transport à distance du germe de la coqueluche par une tierce personne. L'enfant chez qui j'avais diagnostiqué la coqueluche en me basant sur le signe ci-dessus était un enfant de quatre mois élevé à la campagne, dans une habitation très isolée, et qui n'était jamais sorti de cette habitation et du petit jardin adjacent. Aucune personne suspecte n'avait pu être en contact avec lui ; le médecin du pays affirmait qu'à plusieurs lieues à la ronde, il n'y avait, depuis longtemps, aucun cas de coqueluche. Mais l'enfant était nourri par une nourrice prise à Paris ; cette femme ne toussait pas elle-même ; mais j'ai pu savoir que son propre enfant était atteint de coqueluche quand elle était venue chercher à Paris une place de nourrice. Il me paraît non douteux que des germes de coqueluche ont été transportés par cette nourrice et qu'elle a ainsi contaminé son nourrisson ».

Cystite chronique chez un vieillard de 72 ans, guérie en quelques jours par l'emploi de l'helmitol.

M. le Dr J. BERTIN, de Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône), nous a communiqué la très intéressante observation suivante :

X... 72 ans, d'une bonne santé, n'ayant jamais rien éprouvé du côté de la vessie, a été opéré, en août 1905, pour la cure radicale d'une hernie inguinale droite, *datant d'environ un an*, et peu volumineuse. L'anesthésie fut obtenue par le chloroforme, *après une injection hypodermique de scopolamine*, et laissa une prostration considérable qui dura plusieurs jours. Le malade n'urinait pas ou presque pas, mais comme il ne prenait que quelques gorgées de lait, cela ne préoccupa pas tout d'abord. Le quatrième jour, l'engourdissement diminuant, le besoin d'uriner se fit plus nettement sentir, mais n'était suivi que de l'émission de quelques gouttes, à peine quinze à vingt grammes de liquide. Le 5e jour, cet état continuant, on palpa la région sus-pubienne et on constata une tumeur globuleuse caractéristique. La vessie était pleine, distendue.

Le cathétérisme pratiqué *avec toutes les précautions désirables* amena un litre passé d'une urine louche. Il fut continué matin et soir, les jours

suivants, pendant une semaine, c'est-à-dire jusqu'à ce que le malade put uriner seul.

Les urines continuèrent à venir troubles, avec dépôt de mucosités bientôt purulentes. et contractèrent assez vite l'odeur ammoniacale.

Il faut dire que la plaie ne s'était pas cicatrisée et qu'une vive inflammation des bords était survenue. pour ne se terminer qu'après trois semaines, à la suite de l'*élimination de deux des points de suture*.

Mais l'état de la vessie ne s'était pas amélioré, au contraire. Le dépôt purulent était plus abondant et plus accentué ; les besoins d'uriner plus fréquents et plus impérieux.

Les balsamiques à l'intérieur, goudron, térébenthine, salol, péchi, etc., n'ayant pas donné de bons résultats, des injections de nitrate d'argent, puis de permanganate, furent faites par un jeune chirurgien, élève du Prof. Guyon. La douleur empêcha la continuation. Du reste, elle ne paraissait pas produire d'effet utile.

Le santal employé pendant plusieurs mois avait fait disparaître en partie les émissions impérieuses de la douleur, mais les urines reprenaient rapidement leur odeur et n'ont jamais retrouvé leur transparence. Après 18 mois, le malade en était là lorsque je lui proposai d'essayer l'helmitol, au sujet duquel je venais de voir un article dans le *Concours médical*. Il accepta avec empressement, et la maison Bayer ayant eu l'obligeance de mettre gracieusement à ma disposition quarante cachets d'un gramme, je fis prendre d'abord 2 cachets, un le matin à jeun. l'autre, le soir, au moment du coucher. *Le quatrième jour*, le malade triomphant me montrait des urines absolument *limpides et sans odeur*. Je fis continuer les 2 grammes pendant 15 jours, puis après 15 jours d'interruption, le malade prit les 10 cachets restants, mais seulement 1 par jour, en se couchant. La guérison s'est maintenue complète sans accidents depuis trois mois. Je dois avouer que M. X... n'a pas cessé de suivre un régime sévère.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Dr Variot.

Le détatouage.

Le tatouage est rare chez les enfants. Il existe cependant, et l'on a décrit, sous le nom de tatouage scolaire, les marques causées par certaines piqûres de pointes chargées d'encre, sur les bras ou les mains des écoliers.

Il est bon de connaître les procédés efficaces pour faire disparaître les tatouages. Je vais vous montrer un jeune homme, que nous avons débarrassé d'un tatouage obscène, qu'il portait sur les avant-bras et qui le gênait beaucoup dans l'exercice de sa profession. L'image en question était nette, bleue, pornographique ; nous y avons substitué une sorte de cicatrice minime, superficielle, violacée, n'altérant pas la peau, qui est restée absolument souple. Entre le dessin coloré, ignoble, existant auparavant, et la cicatrice actuelle, effacée et sans caractère, il n'y a pas de comparaison.

Mes premiers travaux sur le détatouage ont été faits en 1888, alors que j'étais médecin de l'Infirmerie des prisons, et j'ai eu souvent, depuis, l'occasion d'appliquer ma méthode. En quoi consiste-t-elle ? A reprendre le faisceau d'aiguilles du tatoueur, à reprendre également la peau et à la repiquer aux points marqués. On éponge le sang avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution (à la fois hémostatique et mordante) de tannin. On passe alors, là-dessus, le crayon de nitrate d'argent : celui-ci entre jusqu'à la profondeur où il faut pour aller chercher le charbon de l'encre de Chine du tatouage. Il se produit une petite escarre qui tombe au bout d'une quinzaine de jours, à condition qu'on ne la mouille pas. Cette médication est fort simple : elle va mobiliser dans la couche dermique qui les contient les particules de charbon de l'encre de Chine. C'est un moyen aussi discret que possible de débarrasser les porteurs de tatouages de leurs marques, quelques-unes des plus obscènes. On a essayé dernièrement pour le détatouage, les rayons *X* : ils n'ont rien donné.

Vomissements incoercibles du nourrisson.

Je vous présente avec satisfaction un bébé de 7 mois, aujourd'hui en excellente santé. Il nous fut apporté par sa mère dans les premiers jours de juillet : âgé, à ce moment, de 2 mois 1/2, il n'avait pas cessé de vomir depuis sa naissance. C'était un petit « vomisseur », vomissant toujours. Il pesait 2 kg. 800.

On pouvait penser, chez cet enfant, à un rétrécissement, à un spasme pylorique. L'allaitement mixte, le citrate de soude avaient été essayés, et je les essayai moi-même, sans résultat. Je me décidai alors à un moyen plus radical et je dis à la mère : « Cessez le sein. Donnez du lait stérilisé et du citrate de soude ». Au bout de 8 jours, un gain de 200 grammes s'était produit et ce régime, continué à la campagne où l'enfant fut conduit, eut un plein succès.

Quand vous entendrez accuser le lait stérilisé d'être dangereux pendant les chaleurs et de prédisposer au rachitisme, souvenez-vous de ce nourrisson. Chez lui, en pleine période d'été, la simple substitution au lait, mal toléré, de la mère, d'un lait stérilisé de bonne qualité, a amené la jolie cure que je soumets à votre appréciation.

Je vous ai dit, déjà, combien nous sommes imparfaitement fixés sur les vomissements incoercibles des nourrissons. Chez notre petit malade il n'est plus question, bien entendu, de rétrécissement du pylore. Il s'agissait, en réalité, d'une toxicité spéciale du lait de la mère puisque, le jour où l'enfant a cessé d'en prendre, il a cessé de vomir. Maintenant, quels sont les principes toxiques à incriminer ? nous l'ignorons. Le lait maternel a été trouvé, ici, normal à l'analyse. D'ailleurs, la composition d'un lait de femme varie notablement d'une tétée à l'autre. Nous ne pouvons donc pas préciser le mécanisme pathogé-

nique de ces vomissements mais nous savons comment ils ont été guéris, ce qui est l'essentiel, puisque, en définitive, nous sommes des guérisseurs. La guérison a été obtenue en remplaçant le lait maternel, défectueux, par un autre lait, et en y ajoutant une substance antiémétique et eupeptique, le citrate de soude.

Mal de Pott chez un nourrisson.

Voici un enfant atteint d'une affection assez rare à cet âge. C'est un nourrisson, né le 30 juillet 1905, qui a actuellement, par conséquent, 16 mois. Il se présente avec une gibbosité lombaire. On nous l'apportait un samedi et je fus frappé de voir, dans la région du triangle de Jean-Louis Petit, une petite saillie, ressemblant à une hernie de cette région. Je ponctionnai cette saillie et en retirai une seringue de pus. C'était un abcès ossifluent dont la nature et l'origine se trouvaient précisées par la gibbosité. Le petit patient, bien qu'allaité et très bien soigné par sa mère, était dans un état de grande cachexie, pesant seulement 4 kg. 700 à 14 mois. Un abcès ayant fusé dans le pli de l'aine et s'y étant ouvert, l'enfant, soulagé, reprit un peu de poids. Nous lui donnions, d'ailleurs, une petite quantité de jus de viande. Depuis ce moment, il est parvenu à se maintenir à 5 kgr. 400, sans rien gagner.

Le diagnostic de mal de Pott est dans ce cas évident. Le mal de Pott chez les nourrissons est rare. Ses symptômes fonctionnels sont difficiles à dépister : l'enfant ne marchant pas et ne retenant pas ses urines, on ne saurait constater les troubles de la locomotion et les phénomènes vésicaux. Vous n'avez, pour vous guider, que les signes directs, la gibbosité et les abcès. La gibbosité, à elle seule, est trompeuse et nullement caractéristique. Si nous n'avions pas un abcès au voisinage, nous pourrions penser au rachitisme. Rien n'est commun, en effet, comme l'incurvation rachitique dorso-lombaire de la colonne vertébrale chez les petits enfants qui commencent à s'asseoir sur leurs lits. Nous connaissons, il est vrai, un moyen de distinguer l'incurvation rachitique de la gibbosité du mal de Pott. Les chirurgiens recommandent de placer l'enfant sur le ventre et d'exercer des tractions sur ses jambes : ces tractions redressent la colonne vertébrale s'il y a mal de Pott. On note aussi, lorsque cette dernière affection est en cause, la perte de la souplesse, la rigidité du rachis. Ce sont là de bons caractères différentiels ; mais, je le répète, autant le mal de Pott est rare chez les nourrissons, autant la déformation rachitique similaire est fréquente ; dans ces conditions, ne soyez pas trop pressés de porter le diagnostic de mal de Pott.

Notre petit malade, malgré tous les soins dont il est entouré, ne se développe pas. Il est en stagnation de poids : c'est un hypotrophique, dont l'hypotrophie est d'origine tuberculeuse.

Les enfants hypotrophiques.

L'enfant dont je parlerai maintenant va me permettre de vous donner quelques conseils pratiques importants. Né de parents bien portants, il pesait 4 kgr. 300 à la naissance. Allaité au sein maternel, il perdit du poids. Envoyé à la campagne et mis au lait stérilisé (40 gr. par tétée, ce qui était insuffisant) avec du citrate de soude, il ne prospéra pas plus. Même insuccès du lait bouilli, du lait d'ânesse, du sein d'une nourrice.

A six mois, il pesait moins qu'à la naissance (3 kgr. 800) et il nous fut présenté dans une situation lamentable. Aujourd'hui, après 11 jours de notre régime, il est arrivé à 4 kilogr., gagnant 200 gr., ce qui est, en l'espèce, quelque chose.

Vous voyez ce nourrisson. Presque cachectique, son facies rappelle l'athrepsie de Parrot. Cependant, ce n'est pas un athrepsique : c'est un atrophique, un hypotrophique, et surtout un inanitié. La force de croissance, chez lui, n'a pas été mise en jeu. Il vit sans augmenter de poids.

Qu'avons-nous fait pour obtenir un gain de 200 gr. en 11 jours ? Peu de chose. Nous avons employé, d'abord, une vieille préparation, l'eau de riz, avec laquelle nous avons conseillé de couper le lait stérilisé donné à l'enfant. Nous y avons ajouté du citrate de soude.

Le résultat obtenu est important, car il nous permet de ranger ce petit malade dans le groupe de ceux qui peuvent assimiler. L'athrepsique de Parrot prend tout, mais il n'utilise rien et reste stationnaire. Sa courbe est plutôt légèrement descendante ; il perd très rapidement ce qu'il gagne, par hasard, certains jours. Chez lui, la force de croissance est tarie, probablement parce que les fonctions digestives sont trop altérées.

Notre petit malade, malgré sa ressemblance avec les athrepsiques, n'en est pas un. C'est un atrophique, un hypotrophique. Je le sais maintenant capable d'assimiler et j'ai beaucoup d'espoir qu'il va se relever.

J'ai conseillé l'eau de riz et j'ai fait mettre, au début, 30 gr. d'eau de riz dans 30 gr. de lait stérilisé de bonne qualité. Puis, j'ai élevé les prises de lait de la tétée.

L'eau de riz est un peu abandonnée par les médecins d'enfants et c'est un tort. D'une part, en effet, elle constitue un aliment, par l'albumine et l'amidon essentiellement saccharifiable qu'elle contient ; d'autre part, elle possède une action, connue de temps immémorial, sur les entérites. Personnellement, je m'en sers beaucoup. Je la donne fréquemment à nos nourrissons de Belleville ; je l'emploie même systématiquement dans le traitement des diarrhées estivales infantiles.

En médecine, il y a des modes. Voyez les citrates alcalins, ces admirables médicaments si utiles aux pédiatres. Nous les connaissions bien en France puisqu'ils faisaient partie de notre ancienne potion de Rivière, assez délaissée. Ils nous reviennent d'Angleterre et voilà leurs propriétés reconnues ; on les présente sous des formes pharmaceutiques diverses, citrate de soude, potion de Rivière, citrosodine.

On a abandonné l'eau de riz pour des préparations culinaires moins simples, pour des bouillons de légumes frais et secs. On a voulu introduire de la précision, en pesant les légumes du bouillon, dans des préparations qui n'en comportent pas pratiquement. Les gens du peuple n'ont pas de balance et quand vous leur dites de peser tant de grammes de carottes, tant de navets, tant de pois secs, vous leur donnez un conseil inexécutable. Avant tout, soyons pratiques ! A Belleville, nous donnons des bouillies de pomme de terre — c'est le premier aliment que nous recommandons — et nous n'oublions pas l'eau de riz.

Autre point. On a généralement trop de tendance, après les gastro-entérites, à inanitier les enfants. Dans le courant de l'été dernier, j'ai

été appelé en consultation par un jeune médecin qui, imbu des idées courantes, n'avait permis à son petit malade, à la suite d'une gastro-entérite, que des quantités faibles et insuffisantes de lait, attendant, pour permettre plus, le retour des selles normales. L'enfant en question, soumis d'abord à la diète hydrique, puis au bouillon de légumes, puis à un régime composé de 350 gr. de lait d'ânesse, avait fini par se refroidir, sa température n'atteignant plus que 36°, 35°8, dans le rectum. J'ai conclu que cet enfant était inanitié et incapable de faire face à sa thermogenèse. Il subsistait mais n'augmentait pas de poids. Les 350 gr. de lait d'ânesse — celui-ci est presque moitié moins riche que le lait de vache — ne représentaient guère plus de 200 gr. de lait de vache, quantité bien insuffisante pour un nourrisson de 6 kilogr. 700. Qu'ai-je fait ? Sans m'inquiéter si les selles étaient plus ou moins jaunes, j'ai prescrit d'ajouter au lait d'ânesse deux doses de bon lait stérilisé. Pour moi, les selles ne sont pas le vrai critérium pour juger de la reprise de l'alimentation. Après une gastro-entérite, le tube digestif ne reprend qu'avec lenteur son fonctionnement régulier. Si vous attendez le retour des selles normales, vous vous exposez à inanitier vos petits malades.

Je pourrais vous citer un autre exemple pris dans le service, celui d'un enfant qui, à l'âge de 18 mois, pesait 4 kg. 750. C'était un hypotrophique, légèrement rachitique, assimilant mal les graisses, avec des selles grises, presque mastic. Cela m'a-t-il empêché de l'alimenter ? Nullement, nous lui avons toujours donné de fortes rations. Sur quoi nous réglions-nous? Sur la balance principalement. Nous surveillions, bien entendu, les fonctions digestives, au point de vue des vomissements et de la diarrhée, et nous pesions l'enfant, cherchant la dose, la ration qui lui permît d'augmenter de poids. Si le nourrisson ne vomit pas et n'a pas de diarrhée, la balance sera en pareil cas votre critérium beaucoup plus que les selles. La peur d'alimenter les petits malades après les gastro-entérites est néfaste. L'enfant dont je vous parle n'a pas eu, pendant très longtemps, de belles selles, et cependant nous l'avons amené à 3 ans 1/2 bien portant. Si l'on attendait toujours le retour des selles normales, dans ces gastro-entérites (subaiguës et chroniques surtout), on n'élèverait pas les enfants.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE MÉDICALE

Pénétration d'aiguilles dans l'organisme. Nécessité d'enlever au plus tôt ces corps étrangers.

Par le Dr M. Bilhaut.

Certains chirurgiens considèrent que la présence d'aiguilles sous la peau ou dans les parties molles est un fait assez négligeable et ne méritant pas la peine qu'on se donne pour les extraire.

C'est faire trop bon marché d'un accident dont il y a lieu de ne pas méconnaître l'importance dans certains cas donnés.

Si l'aiguille ou, ce qui est le plus ordinaire, le fragment d'aiguille restait indéfiniment à la même place, on n'aurait à s'occuper que des troubles purement locaux. Ce serait par exemple une limitation des mouvements au voisinage d'une jointure. Ce pourrait être encore la formation d'un phlegmon, pour peu que le fragment ne soit pas aseptique. Mais on est parfaitement édifié sur la migration de ces corps étrangers et certaines observations indiquent le chemin considérable qu'ils parcourent parfois.

J'ai ici l'occasion de relater l'histoire d'une aiguille entrée dans le coude gauche d'une repasseuse et extraite par moi, à quelques années de là, de la partie inférieure de la mamelle gauche.

J'ai cité l'observation d'un fragment d'aiguille entré dans le genou d'une jeune fille, au moment où celle-ci se mettait à genoux pour faire sa prière. Le corps étranger disparut en totalité et, comme une claudication importante s'était produite, je dus intervenir. Je trouvai la pointe de l'aiguille enfoncée dans les ligaments croisés du genou. La guérison complète succéda à cette intervention.

J'ai ainsi enlevé des aiguilles dans le talon, dans le mollet, dans l'avant-bras, en pleines masses musculaires, et en pareil cas, si je me sers de radiographies comme moyens de diagnostic certain, je suis guidé dans mes recherches, au cours de l'opération, par l'usage de l'écran fluorescent. J'opère dans mon laboratoire des rayons X.

J'ai appris de Bouley, le regretté professeur de l'Ecole d'Alfort, que souvent les animaux ingéraient des aiguilles tombées par mégarde dans leurs aliments ; que, chez le cheval, la migration se ferait communément par la voie des vaisseaux et qu'il avait, à diverses reprises, trouvé à l'autopsie une aiguille au niveau de la crosse de l'aorte. C'est là, me disait-il, le point d'arrêt d'élection. On comprend aisément quels désordres peut entraîner la présence d'un corps étranger à ce niveau. Les globules sanguins s'y accolent, se concentrent et créent des caillots que l'onde sanguine peut mobiliser. De là les embolies avec leurs conséquences.

Je trouve dans les *Archives provinciales de chirurgie*, n° de déc. 1906, sous la signature du Dr Le Bériel, une analyse intéressante d'un travail des Drs Devie et Nordmann sur les corps étrangers des centres nerveux. Il s'agit « d'une aiguille de 11 à 12 centimètres de long, rouillée et ayant teinté d'ocre la substance voisine, c'est-à-dire anciennement installée ; partant de l'aile blanche interne gauche, traversant la ligne médiane, l'aile blanche interne et l'aile grise : cela ne se voit pas tous les jours et mérite d'être retenu, car, quelles que soient les expériences de Gad et de Marinesco, allant à l'encontre des données habituelles, on considère encore les lésions de ce nœud dit « vital » comme de haute gravité immédiate, fussent-elles minimes. Il faudra désormais penser qu'en pathologie humaine, aussi bien que chez l'animal, des lésions aseptiques ne sont pas ici fatalement mortelles ! ».

L'auteur cite encore le cas bien connu de Rose, d'un corps étranger bien toléré par la masse encéphalique. Il s'agit d'un clou qu'un jour un prisonnier s'enfonça dans le crâne en le chassant avec un morceau de brique. Ce clou avait deux pouces de long et, quand on en fit l'extraction, il était rouillé et implanté directement dans le cerveau.

Rose rapporte aussi l'observation d'une « petite Polonaise de 7 ans, hospitalisée pour un typhus ; elle présente une fièvre élevée, de la prostration, des douleurs dans la tête et le rachis, avec raideur du tronc et sensibilité des corps vertébraux. On hésita entre une méningite et une fièvre typhoïde.

« L'autopsie montra essentiellement une méningite cérébro-spinale suppurée, avec une accumulation plus marquée des exsudats au niveau des 8e, 9e et 10e vertèbres dorsales. L'arc de ce dernier os était traversé par une aiguille, de dehors en dedans et de haut en bas ; celle-ci était fixée dans l'os où elle s'était cassée et faisait saillie dans le canal rachidien. Bien qu'on n'ait pu trouver aucune cicatrice extérieure, l'auteur pense que l'on doit conclure à l'introduction accidentelle d'une aiguille égarée dans les draps ».

Rose signale la gravité des aiguilles introduites sous la peau et conteste la légende ancienne de leur innocuité constante.

Je me rallie à cette conclusion et j'ajoute qu'on ne saurait mettre trop de hâte à débarrasser l'organisme de corps étrangers de cette nature. Grâce à l'utilisation des rayons X, ce problème, difficilement soluble autrefois, se trouve singulièrement simplifié. Sans doute il demande toujours beaucoup d'attention ; je dirai plus, il exige, même dans les cas en apparence les plus faciles, une véritable ténacité de la part des chirurgiens.

Mais il n'y a pas à en douter, le résultat récompense les efforts, puisqu'il met fin à des menaces dont il est sage de ne pas méconnaître l'importance.

(*Annales de chirurgie et d'orthopédie.*)

REVUE DE CHIRURGIE CLINIQUE

Traitement de la gangrène herniaire.

Il est à supposer que la génération chirurgicale qui nous succèdera, aura peut-être un nombre égal de cures radicales de hernie à faire, car la hernie a été et sera de tous les temps ; mais qu'elle aura beaucoup moins de hernies étranglées à opérer. Lorsqu'il sera passé dans les mœurs, et ce progrès est en train de se réaliser, qu'on doit se faire opérer d'une hernie comme de toute malformation, le nombre des hernieux diminuera et par suite l'étranglement herniaire deviendra plus rare. Il restera toujours cependant les hernies acquises à un âge plus ou moins avancé, les hernies de faiblesse, etc.

L'idéal à atteindre est tout d'abord de débarrasser les hernieux de leur infirmité pour les préserver de l'étranglement herniaire ; et en second lieu, en cas d'étranglement, de les opérer le plus vite possible pour leur éviter les accidents de l'étranglement et entre autres la gangrène de l'intestin. Si des progrès certains ont été obtenus pour le premier de ces points, il n'en est pas de même pour le second. Dans les petites villes et à la campagne, soit par suite de la temporisation dangereuse de certains praticiens, soit par suite de la peur irraisonnée du patient pour une intervention, ou de son incurie, la gangrène herniaire est d'observation courante. Et il n'est pas superflu de savoir quelle conduite il faut tenir lorsqu'en opérant une hernie on trouve l'intestin sphacélé sur une plus ou moins grande étendue.

Avant d'aborder cette question, quelques notions capitales sont à rappeler :

1° La rapidité avec laquelle l'intestin perd sa vitalité et se gangrène varie avec l'étroitesse de l'anneau constricteur, la variété de hernie, le temps écoulé depuis le début, et le contenu de la hernie. Bien qu'on ait rapporté des cas de hernie se gangrénant en quatre ou cinq heures, il est rare cependant que l'intestin se désorganise dans les vingt-quatre premières heures. Si la rougeur de la peau, la crépitation gazeuse, l'odeur spéciale du liquide sacculaire, sont des signes de présomption de sphacèle intestinal, il est impossible d'avoir une certitude avant d'avoir les pièces sous les yeux, et en pratique, toutes les fois que l'on fait une kélotomie, il faut se tenir prêt à porter remède à une gangrène herniaire.

2° Le gros danger dans l'étranglement herniaire réside non pas tant dans l'obstacle mécanique au cours des matières apporté par la stricture que dans les phénomènes septicémiques qui se développent à la suite de cette constriction et dans l'intoxication de l'organisme qui en résulte. Ce danger est d'autant plus grand que la constriction porte sur un segment d'intestin grêle haut situé. Les accidents sont plus graves et plus rapides lorsque l'étranglement siège sur une anse grêle que sur le gros intestin. Dans ses expériences, Roger a constaté que chez les animaux la ligature de l'iléon est plus rapidement mortelle que la ligature du côlon descendant. Nepveu, le premier, et Clado, le second, ont démontré la présence dans le liquide herniaire de microbes pathogènes dont le plus commun est le colibacille, puis le streptocoque, le staphylocoque doré et le diplocoque de Fraenkel. Ces bactéries peuvent passer dans la grande cavité péritonéale, d'où péritonite plus ou moins aiguë, plus ou moins généralisée. Ainsi que Grawitz l'a démontré, ces microbes pathogènes peuvent, tout en laissant le péritoine indemne, se généraliser dans les viscères, y créer des colonies microbiennes et, suivant l'organe atteint, amener soit une broncho-pneumonie, soit une congestion hépatique, soit une néphrite aiguë. Dans la hernie étranglée les malades meurent plus souvent d'infection générale que de péritonite. Anxiété, respiration courte et précipitée, pouls petit et filiforme, cyanose de la face et des extrémités, sécheresse de la langue, voix éteinte, urine rare et albumineuse, sont les principaux symptômes généraux qui traduisent cette intoxication. Cette intoxication poussée à un degré avancé rend inutile toute intervention, et la seule arme que nous possédons contre elle est le lavage du sang par les injections de sérum physiologique, et, à un degré moindre, les lavages de l'estomac.

Bien que le fait soit exceptionnel, la gangrène herniaire peut guérir par les seuls efforts de la nature. Plusieurs observations authentiques en ont été rapportées. A titre de rareté, voici le seul cas que j'aie observé :

Vieillard de 80 ans porteur, de longue date, d'une hernie inguinale gauche est atteint d'étranglement herniaire. Un médecin appelé de suite conseille des applications de glace, qui sont continuées quatre jours. Tout traitement est ensuite abandonné et le 18e jour un deuxième médecin appelé trouve un vaste phlegmon herniaire et

fait transporter le malade à l'Hôtel-Dieu distant de huit kilomètres. Pendant le trajet, la peau se rompt, donnant issue à du pus et à des matières stercorales. Des soins de propreté et des pansements humides furent seuls appliqués, un anus contre nature se constitua, qui se ferma spontanément un mois et demi après.

Quoi qu'il en soit de ces exceptions, la terminaison ordinaire et presque fatale de la gangrène herniaire est la mort à brève échéance. Je n'ai cité l'observation ci-dessus qu'à titre de curiosité.

Ceci dit, plusieurs cas peuvent se présenter :

1° On opère une hernie et, une fois le débridement largement fait à ciel ouvert, l'intestin abondamment arrosé d'eau bouillie chaude, on remarque que l'anse ne se vascularise pas, qu'elle reste par places noir gris ou brun jaunâtre, on a des doutes sur sa vitalité. Il faut alors se garder de rentrer cette anse douteuse et, comme on l'a dit, la mettre en quarantaine. Après s'être assuré que la circulation stercorale se fait, attirer l'intestin de facon à le libérer, le fixer au besoin par deux ou trois points non perforants et l'envelopper de compresses humides chaudes. Si, au bout de quatre ou cinq jours, les selles réapparaissent, l'anse se vascularise, se calibre, redevient chaude, on la laissera entrer dans le ventre. Si au contraire le sphacèle douteux devient une certitude, l'anse se perfore et un anus contre nature se constitue.

Helferich dans ces cas conseille la pratique suivante qu'il a employée deux fois avec un succès. Après avoir attiré l'anse suspecte, faire en tissu sain une entéro-anastomose latérale, qui assure la circulation des matières ; réduire les parties saines et laisser au dehors la portion suspecte. Si l'anse est reconnue saine après plusieurs jours, on la laisse rentrer ; si la perforation se fait, on aura mis l'opéré dans d'excellentes conditions pour guérir de son anus contre nature. Cette opération longue et compliquée ne présente aucun avantage sur la pratique précédente, puisqu'en cas de sphacèle elle aboutit quand même à la production d'un anus contre nature.

2° Dans un second cas, on trouve une petite plaque de sphacèle bien nette, mais circonscrite et limitée. Pratiquer l'enfouissement de cette plaque par un surjet séro-séreux, faire ce que l'on a appelé « le tout à l'égout ». Si la plaque est trop épaisse, rigide, que l'enfouissement soit difficile à faire, mieux vaut suivre la pratique de Chaput : après coprostase avec des pinces, exciser losangiquement la plaque et suturer à deux plans perpendiculairement à l'axe de l'intestin. A la séance de la Société de chirurgie du 14 mars 1894, Chaput, chargé de faire un rapport sur deux observations de gangrène herniaire envoyées par le Dr Martinet de Sainte-Foy-la-Grande, et dans une desquelles il avait enfoui dans un pli, par un seul rang de sutures, une bande de sphacèle intestinal de neuf centimètres de longueur, établit que ce procédé avait été employé par Daviers en 1869 et Beckel en 1875, qu'en Allemagne on le désignait à tort sous le nom de méthode de Lindner (1891).

3° J'en arrive enfin aux cas où l'anse est sphacélée dans sa totalité, perforée ou sur le point de se rompre ; ou bien encore sphacélée par places sur plusieurs points. Trois choses sont praticables en pareille occurence : *a*) l'invagination suivant la méthode de Guinard ; *b*) la résection de l'anse et de toutes les parties sphacélées et l'entérorraphie circulaire ; *c*) l'anus contre nature.

La méthode de Guinard est applicable lorsque le sphacèle est peu étendu ; que les parois de l'intestin ne sont pas trop friables et sont capables de résister aux pressions nécessaires ; que le bout inférieur n'est pas trop rétracté. Elle consiste à libérer l'intestin du mésentère dans la portion à invaginer ; à engainer le bout supérieur dans le bout inférieur jusqu'à ce qu'on soit en tissu sain, à deux centimètres environ des parois sphacélées ; à fixer la portion invaginée par un ou ou deux sujets séro-séreux circulaires, à réséquer et à suturer le coin mésentérique. La portion d'intestin sphacélée s'élimine spontanément dans les jours qui suivent. Ce procédé, qui est, au fond. une variante du tout à l'égout, donne des garanties contre l'inoculation péritonéale. Il nécessite un certain temps pour être pratiqué et ne me paraît pas avoir des avantages très marqués sur l'entérectomie.

La résection de l'anse sphacélée suivie de la réunion des deux bouts peut se faire avec le bouton anastomotique de Murphy, de Chicago. La réunion par le bouton est encore très en vogue en Amérique pays de son invention et aussi en Allemagne. Elle est plus délaissée en France. Elle a comme avantage la rapidité et la simplicité de son exécution. Excision large de l'anse sphacélée, section du mésentère ; suture en bourses de chaque bout de l'intestin dans lesquelles on introduit une moitié du bouton, serrage par-dessus le cylindre de la suture en bourse ; introduction du bouton mâle dans le bouton femelle ; tels sont les principaux temps de l'opération, que l'on emploie le bouton de Murphy, de Villard ou de Chaput. L'anastomose par les boutons expose à l'obstruction intestinale et à la perforation secondaire. Elle est en outre inapplicable lorsque les parois de l'intestin sont trop friables, ou que le calibre des deux bouts est disproportionné.

Pour pratiquer la résection intestinale suivie d'entérorraphie circulaire, après avoir débridé largement, il faut bien étaler l'anse malade, la laver à l'eau bouillie chaude ; puis après avoir refoulé les matières qu'elle contenait dans l'intestin, placer les pinces à coprostase à quatre ou cinq centimètres de la région sphacélée. La résection doit être faite largement, pratiquée en tissu sain. Très souvent les lésions s'étendent beaucoup plus loin qu'on ne le croit, surtout sur le bout supérieur. La section doit être oblique, ce qui favorise la réunion et évite les rétrécissements ultérieurs. Le mésentère est sectionné en coin au ras de l'intestin. Si les bords mésentériques saignent, on peut placer quelques pinces sur leur tranche, ou si la section mésentérique est très étendue, étreindre ses lèvres par une ligature en chaine. A l'aide d'une aiguille droite un peu longue, armée d'un fil de soie, suturer les deux bords postérieurs par un surjet muco-musculaire que l'on continue en avant. Faire un surjet séro-séreux à la Lambert sur tout le pourtour. Réunir ensuite les lèvres mésentériques et placer sur l'intestin quelques points supplémentaires s'ils sont reconnus nécessaires. C'est au niveau du bord concave, près de l'insertion mésentérique, qu'il faut faire une revision soignée. Laver à l'eau bouillie et réduire sans violence.

Si le diamètre des deux bouts est disproportionné : fermer le bout supérieur par un double surjet ; puis à trois centimètres de ce cul-de-sac artificiel

faire une implantation latérale du bout inférieur par deux plans de sutures. On peut également fermer les deux bouts et faire entre eux une anastomose latéro-latérale ; procédé un peu plus long que le précédent sur lequel il ne présente pas d'avantages bien marqués. L'implantation du bout inférieur dans le bout supérieur est un procédé de nécessité ; il ne demande pas beaucoup plus de temps pour être exécuté que l'entérorraphie circulaire. Certains chirurgiens le pratiquent pourtant de préférence et dans tous les cas.

Toutes les fois que la stercorémie est trop profonde, que l'intoxication générale est trop avancée, que le sujet est âgé ou atteint d'une affection grave : cardiopathie, diabète,etc., que l'anse est perforée,qu'il existe un phlegmon stercoral, qu'on juge en un mot qu'il ne pourra supporter une intervention un peu longue, il faut se borner à pratiquer un anus contre nature. Pour cela aboucher l'anse gangrénée à la peau par quelques points de suture, après avoir pris le soin de réséquer les parties malades. On évite ainsi l'élimination spontanée des parties sphacélées et la suppuration que cette élimination entraîne.

Telles sont les méthodes à employer ; mais l'accord ne s'est pas fait encore entre les partisans de l'entérectomie et de l'anus contre nature. Beaucoup de chirurgiens partisans de l'entérectomie ont fait amende honorable et sont revenus à l'anus contre nature.

Pour prendre part à ce débat je ne puis me baser que sur ma modeste pratique. Si j'en juge par les cas que j'ai observés et suivis, alors qu'au début je penchais plus volontiers pour l'anus contre nature, je suis devenu de plus en plus partisan de l'entérectomie.

Voici d'ailleurs l'observation des dix-neuf cas de gangrène herniaire que j'ai opérés.

Dans les 10 cas suivants j'ai fait l'anus contre nature :

I. — Vieillard de 70 ans. Hernie inguinale gauche étranglée depuis 48 heures. Anse grêle de 0,20 centimètres sphacelée. Résection et anus contre nature. Mort le 4e jour.

II. — Vieillard de 65 ans. Hernie inguinale droite étranglée depuis 3 jours très volumineuse. Sphacèle d'une anse grêle. Résection de 0,10 c/m d'intestin et anus contre nature. Guérison en deux mois, après deux applications successives d'entérotome de Nélaton.

III. — Jeune fille de 18 ans. Hernie inguinale droite étranglée depuis 4 jours et phlegmon stercoral. Anus contre nature. Meurt le neuvième jours après l'opération.

IV. — Homme de 40 ans. Hernie inguinale droite volumineuse étranglée depuis 30 heures. Gros paquet épiploïque et anse grêle sphacélée. Anus contre nature. Mort 15 heures après l'opération.

V. — Femme de 63 ans. Hernie crurale droite étranglée depuis 3 jours. Sphacèle de l'anse. Anus contre nature. Guérison en un mois après application de l'entérotome de Nélaton.

VI. — Femme de 50 ans. Hernie crurale droite étranglée depuis neuf jours. Anse grêle sphacélée et perforée. Anus contre nature. Meurt 48 heures après l'opération.

VII. — Femme de 60 ans. Hernie crurale droite étranglée depuis 70 heures. Anse grêle sphacélée, non perforée Anus contre nature. Meurt cinq jours après l'opération.

VIII. — Femme de 71 ans. Hernie crurale droite étranglée depuis sept jours. Anse sphacélée. Anus contre nature. Meurt trois jours après.

IX. — Enfant de 13 ans. Hernie inguino-scrotale droite volumineuse étranglée depuis six jours. Péritonite. Anse grêle très longue, sphacélée, dont une partie est déjà rentrée dans l'abdomen et avait été réduite en masse. Résection de 0,65 centimètres d'intestin grêle. Anus contre nature. Meurt 24 heures après.

X. — Homme de 50 ans. Hernie inguinale droite étranglée depuis 4 jours. Phlegmon stercoral. Anus contre nature. Mort huit jours après.

Au total huit morts et deux guérisons soit le 80 p. % de mortalité. Au Congrès des naturalistes allemands, Mickulicz, sur 94 cas d'anus contre nature, donne 72 décès ; à peu de chose près la même proportion que la mienne.

J'ai pratiqué jusqu'à ce jour neuf résections intestinales suivies d'entérorraphie circulaire. En voici le résumé :

I. — Homme de 62 ans. Hernie crurale gauche étranglée depuis 36 heures. Petite anse grêle sphacélée. Résection de six centimètres d'intestin. Entérorraphie circulaire. Guérison sans incident en 20 jours. Cette opération date de 5 ans et l'opéré, âgé aujourd'hui de 69 ans, est en bonne santé. Il n'a jamais éprouvé de troubles intestinaux depuis son opération.

II. — Femme de 34 ans. Hernie crurale droite étranglée depuis six jours. Pincement latéral d'une anse grêle, plaque de sphacèle sur le sillon d'étranglement et perforation. Résection de cinq centimètres d'insertion et entérorraphie. Meurt 48 heures après dans le collapsus.

III. — Femme de 45 ans. Hernie crurale droite de la grosseur d'une mandarine étranglée depuis 7 jours. Anse grêle sphacélée. Résection d'un volumineux paquet épiploïque et de 0,03 centimètres d'intestin. Entérorraphie. Guérison sans incidents en 20 jours.

IV. — Femme de 72 ans. Hernie crurale gauche étranglée depuis 3 jours. Anesthésie locale à la cocaïne. Petite hernie marronnée, sphacèle intestinal. Résection de cinq centimètres d'intestin. Entérorraphie. Meurt 3 jours après de péritonite généralisée.

V. — Homme 72 ans. Volumineuse hernie inguinale droite étranglée depuis 4 jours. Résection de 0,20 centimètres d'intestin grêle. Entérorraphie. Le onzième jour après l'opération, a une très forte hémorrhagie intestinale, qui rend la situation critique pendant 48 heures. Guéri en un mois.

VI. — Homme de 62 ans. Petite hernie crurale droite étranglée depuis 72 heures. Petite anse grêle sphacélée. Résection de cinq centimètres d'intestin. Entérorraphie. Meurt 24 heures après.

VII. — Femme de 64 ans. Hernie crurale droite étranglée depuis 72 heures. Sphacèle. Résection de huit centimètres d'intestin. Entérorraphie. Guérison sans incidents.

VIII. — Vieillard de 75 ans. Hernie inguinale droite étranglée depuis 48 heures. Sphacèle. Résection de 0,10 centimètres d'intestin. Entérorraphie. Guérit en un mois sans incidents.

IX. — Femme de 50 ans. Double hernie crurale étranglée à droite depuis 4 jours. Petite anse grêle sphacélée. Résection de 0,10 centimètres d'intestin. Entérorraphie. Meurt trois jours après l'opération.

Ces neuf cas d'entérectomie m'ont donné cinq guérisons et quatre morts soit le 50 p. % des guérisons. Mickulicz sur 21 entérectomies accuse 14 guérisons et 7 morts.

Comme on l'a vu dans une de mes observations, une hémorrhagie intestinale grave, qui mit les jours du malade en danger, survint le onzième jours après l'opération. Broca en 1864, Lefort en 1873, puis Schrutzler en 1894 décrivirent cette complication survenant après l'opération de la hernie étranglée. Ces hémorrhagies peuvent être précoces ou tardives : les précoces plus bénignes survenant lorsque l'étranglement est très serré, de date récente compliquant d'anciennes hernies; les tardives, dues soit à la gangrène de la muqueuse, soit à une simple stase veineuse.

L'anus contre nature et l'entérectomie sont de très vieilles pratiques, puisque la première remonte à 1700 (Littre) et la seconde à 1730. Depuis cette époque on a discuté sur les mérites et les inconvénients des deux opérations, et l'accord n'est pas encore fait. L'anus contre nature est une opération aveugle en ce sens qu'on ignore sur quelle portion d'intestin elle porte, si l'anus porte sur une portion d'intestin grêle haut située; même en admettant que le malade échappe à l'infection, il aura beaucoup de chances de succomber à l'inanition ; alors même qu'on essaye de le nourrir en injectant des aliments dans le bout inférieur. Il impose en outre au moins temporairement au malade une infirmité dégoûtante, et à son entourage des soins désagréables. Il est juste de faire ressortir ce fait, c'est que l'anus contre nature se pratique chez des malades plus graves que ceux pour lesquels l'entérectomie est indiquée.

La résection avec entérorraphie circulaire, toutes les fois qu'elle sera possible, est une méthode sûre, et qui donne de bons résultats. On a d'ailleurs exagéré sa difficulté et sa longueur. Avec un peu d'habitude des sutures intestinales, on peut la mener à bien rapidement. La vulgaire aiguille de couturière un peu longue est bien supérieure pour la suture aux modèles de Reverdin et à toutes les autres aiguilles. Le fil de soie est préférable aussi aux autres. L'entérectomie ne nécessite pas un outillage compliqué et il m'est arrivé de la pratiquer sans aide dans les cas urgents. C'est dire qu'on n'a pas raison de soutenir qu'il ne faut pas la faire lorsqu'on ne dispose pas d'un matériel suffisant et du nombre d'aides nécesaire. L'anesthésie peut être supprimée dans certains cas, lorsqu'on juge que l'état du malade ne permet pas de la faire, et être remplacée par les injections de cocaïne.

La résection intestinale donne une mortalité moins grande que celle de l'anus contre nature. Mickulicz n'accuse, en effet, dans la statistique que le 33 % de décès. Ni l'une ni l'autre de ces méthodes ne supprime la septicémie généralisée, ni l'infection péritonéale. Par contre, la suture intestinale expose à la gangrène et à la perforation du bout supérieur si l'on n'a pas opéré en tissu sain ; et souvent les lésions intestinales dépassent de beaucoup la région sphacélée. Quant au rétrécissement valvulaire consécutif, la section oblique de l'intestin en préserve.

Il est difficile de faire une parallèle entre l'entérorraphie et les boutons anastomotiques. Le bouton a pour lui la plus grande rapidité d'exécution ; mais je ne crois pas qu'il assure mieux l'abouchement des deux bouts qu'une suture à deux plans méthodiquement faite.

Rendre aux organes leur fonction intégrale, tel est le but qu'on doit toujours poursuivre en chirurgie ; l'entérectomie tend à le réaliser ; aussi faut-il la pratiquer toutes les fois que la chose sera possible et aura chance de succès, l'anus contre nature ne devant être considéré que comme un pis aller.

Dr J. Tissot,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

PROPHYLAXIE PRATIQUE

Rémunération des déclarations obligatoires des maladies transmissibles.

(*Suite* : voir *Concours médical* du 17 février 1907).

II

Dans la négative, est-il contraire au « Secret professionnel » et à la « Dignité médicale » d'accepter la loi de 1902 *dans sa forme actuelle ?*

Nous sommes ici sur un terrain brûlant ; il nous faudra marcher vite pour ne pas y laisser nos « chausses ».

Certes, nous n'acceptons pas, venant de M. Monod, l'aphorisme qui fit, contre nous, son succès à l'Académie : « La loi est la loi ; tout bon citoyen doit lui obéir ».

L'axiome est trop général pour démontrer, en l'espèce, que « c'est au seul médecin qu'il appartient de faire la déclaration ».

M. Monod aurait dit : « La loi est la loi ; tout bon citoyen doit lui obéir ; c'est aux seuls épiciers qu'il appartient de faire de la moutarde » qu'il eût argumenté de la même façon.

Mais il crève les yeux que, *délibérément*, le législateur a imposé la déclaration au seul médecin ; que, *tout aussi délibérément*, ce *même législateur* persistera à la lui imposer ; nous croyons en avoir donné des preuves et des raisons valables,

Il ne reste donc, *légalement*, aux médecins, qu'à s'incliner devant la loi ; — à moins qu'ils ne veuillent la « tourner », moyen dangereux dont nous reparlerons.

En bons citoyens, au moins aussi bons que M. Monod, les praticiens s'inclineront devant cette loi par des considérations plus hautes que celles de « l'appui de la magistrature » et « de l'obéissance passive ».

Cohésion professionnelle à peine ébauchée, prolétariat à peine organisé et déjà en marche, ils ont la conscience d'avoir à remplir *des devoirs envers la Démocratie* qui les a faits, la plupart, ce qu'ils sont.

Sans leur montrer une excessive tendresse, elle ne fut pas pour eux une mauvaise mère ; peu d'entre eux sortent de familles riches ou aisées et beaucoup ont trouvé, dans les sacrifices de la Démocratie pour l'instruction publique, la possibilité d'acquérir leur diplôme.

Si donc l'obligation de la déclaration des maladies transmissibles semble être une injustice envers le Corps médical, cette injustice est plus apparente que réelle et elle dérive d'un état social nouveau, où l'intérêt général paraît vouloir pri-

mer, malgré les défauts nombreux d'application, l'intérêt particulier.

Du fatras de nos lois, souvent incomplètes ou hâtivement conçues, se dégage, en effet, une idée précise de la meilleure répartition des charges, d'une égalité et d'une équité plus vraies, d'un souci moins paradisiaque du sort des humbles : loi sur les retraites ouvrières, loi sur l'assistance gratuite, loi sur le service militaire, loi sur les accidents du travail, loi sur l'instruction obligatoire, loi sur le repos hebdomadaire, aptitude de tous les citoyens aux emplois les plus élevés, etc.

Or, croyez-vous qu'un patron trouve juste de servir aux ouvriers des retraites auxquelles, lui, n'a pas droit, malgré les risques d'une exploitation dans laquelle il peut se ruiner ?

Croyez-vous qu'un industriel trouve juste de payer des primes d'assurances qui gênent la marche de ses affaires en augmentant son prix de revient ?

Croyez-vous qu'un petit rentier, ayant acquis par son travail un mince revenu, trouve juste l'assistance gratuite largement accordée à des gens tombés parfois dans la misère, par la seule faute de leurs excès ?

Croyez-vous qu'un commerçant trouve juste de perdre une partie de ses gains en fermant le dimanche sous le prétexte de laisser reposer des employés payés au mois ou à l'année ?

Croyez-vous qu'un propriétaire paysan trouve juste de voir l'instruction pousser vers les villes les hommes dont il manque pour cultiver ses champs ?

Croyez-vous qu'un bourgeois cossu trouve juste l'accès aux plus hautes fonctions de ce peuple dont il était hier et dont il a peur aujourd'hui ?

Croyez-vous que l'ouvrier, qui n'a rien, trouve juste qu'on fasse de ses enfants des soldats qui défendront les biens de ceux qui possèdent tout ?

Non ! évidemment non ! il faudra un certain temps, deux générations peut-être, pour que les lois humanitaires pénètrent dans les mœurs, ne froissent plus des consciences, honnêtes sûrement, mais butées en un cercle d'idées restreintes, nées d'un individualisme sans mesure.

Le temps n'est pas loin où ce que ce patron, cet industriel, ce petit rentier, ce commerçant, ce propriétaire et ce bourgeois croient être une injustice leurapparaîtra comme la justice même, parce que générale et vraie; alors ils comprendront que tous doivent profiter des efforts de l'ensemble, par répercussion du rôle des uns sur celui des autres, par action réciproque également utile à tous et à chacun.

Ainsi la Société évolue comme les êtres vivants; ses divers organes réagissent les uns sur les autres ; comme les êtres vivants, elle grandit, prend de la force, vieillit et meurt ; mais si dans le cours de son existence, une maladie lui survient, soit par intoxication de tous les organes, soit par annihilation passagère des fonctions d'un seul, une crise salutaire peut se produire qui la remette pour longtemps sur pied.

Qui oserait affirmer que la Société actuelle se meurt et ne traverse pas une crise ?

Dans son roman (?) « Sur la Pierre Blanche », Anatole France nous montre, sous les empereurs romains, la populace sur l'agora de Corinthe, déjà en partie chrétienne, vaguement socialiste, ramassis hétéroclite de tous les peuples connus ; elle est faite d'esclaves, d'affranchis, de vendeurs de saumure sous les portiques, de cyniques vivant au soleil des ordures du pavé ; mais parmi ce grouillement immonde, apparaît un philosophe famélique et déguenillé ; devant tous il parle de liberté et d'égalité des hommes : c'est saint Paul!

Croyez-vous que cela ait paru juste aux citoyens romains ? N'y ont-ils pas vu le renversement de ce qui était noble, la fin de ce qui était beau, la chute de toute dignité ?

Et pourtant cela n'était-il pas juste ? Cela n'était-il pas noble ? Cela n'était-il pas beau ? Cela ne fit-il pas vraiment naître la dignité humaine ?

Autres temps, autres mœurs ; autres besoins, autres satisfactions ; le serment d'Hippocrate, père du « secret médical », existe toujours mais il faudra consentir à l'adapter aux besoins nouveaux. La vie sociale est, de nos jours, intellectuellement, moralement et matériellement, d'une fébrile activité; l'histoire ne présente pas d'exemple d'une transformation aussi rapidement profonde ; on est avide de tout savoir, de tout connaître, de tout apprécier ; une presse débordante sert puissamment la curiosité publique, l'emporte vers les questions scientifiques et, surtout, médicales ; la Société, fatiguée d'un travail sans répit pressent les dangers des tassements urbains, veut s'en défendre par l'hygiène ; elle fait des jardins ouvriers, s'essaye aux sanatoriums, construit des hôpitaux maritimes, élève de saines habitations à bon marché, mesure le cubage d'air des maisons à construire, effondre les vieux quartiers, élargit les rues, démantèle les villes, va chercher au loin l'eau claire et abondante, veut faire pénétrer partout l'air vivifiant.

Dans la défense de la Société contre elle-même a surgi, par l'éveil de l'attention publique sur les problèmes soulevés, l'idée de la défense personnelle, familiale et générale contre la maladie et contre la contagion.

De là naquirent la « déclaration obligatoire » et les mesures plus ou moins prophylactiques qu'elle entraîne.

Devant ce fait, que nous considérons comme une des manifestations de *la volonté de la Société* à se défendre, que devons-nous faire, nous médecins ?

Devons-nous, tel le *justum et tenacem propositi virum* d'Horace, attendre, immobiles, les évènements dans la vieille forteresse du serment d'Hippocrate ?

Pas le moins du monde : nous devons marcher avec notre temps !

La Société ne nous demande plus seulement de la guérir et de la soulager,elle ajoute à notre action passée une autre action : la protéger.

Croyez-vous qu'il soit *injuste* d'obtempérer à cette volonté ; *indigne* de notre profession de nous y soumettre, sous le prétexte enfantin de conserver intacte la formule ancestrale du « secret professionnel » ?

Crier à l'injustice, à l'indignité,à la violation, serait absurde ; comme le commerçant, l'industriel, le bourgeois, le paysan, le rentier et l'ouvrier même, nous devons sacrifier quelque chose de ce que nous avons longtemps considéré comme « un droit » (1), pour aider à la répartition meilleure du bien-être sur tous.

(1) Le secret professionnel est tout à la fois un *devoir* et un *droit*.

On ne dira jamais, croyons-nous, que les épidémies sont pour la société une source de bonheur ; craignons de lui faire soupçonner que nous, les véritables philanthropes, ne voulons pas nous y opposer par un bas esprit de lucre et d'égoïsme.

Car alors, ce ne serait pas long ; ce mandat nouveau qu'elle nous confie, elle saurait le remettre, si nous ne l'acceptons pas, *en d'autres mains médicales qui ne seront pas des mains libres !*

Donc, sous peine de déchéance, nous ne devons pas reculer devant le « devoir nouveau », mais l'accepter comme digne de nous, comme notre tribut de sacrifice aux aspirations de tous, comme notre part d'aide à faciliter le dénouement d'une crise qui peut sauver cette société, ou la tuer si un seul de ses organes refuse de coopérer au salut.

Ainsi l'axiome : « La loi est la loi ; tout citoyen doit lui obéir » devient pour nous une *affirmation nouvelle de dignité*, dans l'accomplissement simple et grand d'un devoir social.

Qu'on mesure la distance qu'il y a entre cet axiome dans la bouche de M. Monod « appuyé sur la magistrature », et ce même axiome considéré dans l'ambiance où nous l'avons placé.

Dira-t-on maintenant que la déclaration, même obligatoire, est contraire à la dignité professionnelle ?

....

Mais, répliquerez-vous, en tout cela le « Secret médical » qu'en faites-vous ?

Nous lui enlevons tout simplement, — par nécessité d'application de notre mandat nouveau, la protection de la santé publique contre la contagion, — une partie de sa rigueur ; nous allégeons la barque pour l'empêcher de sombrer.

Avec Hippocrate, nous disons toujours : « Tu ne révèleras pas ce qui ne doit *jamais* être divulgué ».

Avec la Faculté de médecine de Paris, en 1599, nous disons : « Ægrorum arcana, visa, audita, intellecta, eliminet nemo ».

Avec Domat, nous disons, d'après notre ancien code : « C'est pour les médecins, pharmaciens, etc., un devoir de *ne pas abuser* de la confiance qui leur est faite et de garder exactement et fidèlement le secret des choses qui *doivent rester secrètes.*

Avec le Code pénal, art. 378, nous disons : Il est juste que « les médecins.... et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie et qui auront révélé ces secrets, soient punis.... ».

Avec la Cour de cassation (1886) nous disons : « L'homme de l'art est tenu au secret pour les faits de toute nature ayant trait ou non à la maladie qu'il soigne et qui ne sont parvenus à sa connaissance qu'à cause de sa qualité ».

Enfin, avec Brouardel (Secret médical), nous affirmons, d'après de nombreux arrêts de cassation, que le « Secret médical » est — avant tout ! — « la sauvegarde des intérêts et de l'honneur des familles » (1).

Mais, avec la loi de 1902, nous avons soin d'ajouter : « Pour protéger la Société, pour remplir dignement son devoir envers elle, le médecin déclarera discrètement à *qui de droit et à lui seul* l'existence de telles ou telles maladies contagieuses ; il taira *toujours* celles dont la déclaration lui est facultative ».

Et nous n'aurons ainsi nullement violé le « Secret professionnel », parce que, en vertu de l'article 378 du Code pénal, ce « qui de droit » fait partie des « toutes autres *personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets que nous leur aurons confiés* ».

Il faudrait être un vrai « chicanous » pour prétendre qu'il puisse y avoir là un manquement à la règle d'absolue discrétion. Comment ? Voici des hommes, le directeur du bureau d'hygiène, — un médecin — ou à son défaut le maire — un magistrat —, auxquels nous aurons indiqué, dans un but d'intérêt général, que telle maison renferme un cas de rougeole, tel autre un cas de scarlatine, etc., etc.; ces hommes ont qualité pour savoir, ils ont mission de prendre les mesures nécessaires et légales, ils sont absolument tenus, par état ou par profession, à avoir, comme nous, pour tout le monde, un bœuf sur la langue, et nous aurions violé le « Secret médical » ?

Vous avouerez qu'il faut avoir un épiderme d'âme bien sensible pour soutenir pareille argutie ; les « vertus farouches » sont inquiétantes ; elles se tiennent trop raides pour ne point faillir.

Du reste, en fait de maladies contagieuses, dans 99 % des cas, c'est le secret de polichinelle ; le public, abêti par les théories microbiennes, parle de ces choses autant et plus que de politique ; la peur le rend ingénieux et l'entourage des malades ne se met point en peine pour donner son appréciation, montrer son courage à affronter le danger ; dans certains quartiers, la variole de Pierre, le croup de Paul, la fièvre typhoïde de Jean, font l'objet de toutes les conversations. Et le médecin, pour ne pas manquer à ce secret qui est dans la bouche de toutes les commères, ne pourrait pas, discrètement, le confier à « ce tiers » que vise aussi l'article 378 ?

C'est de la chinoiserie, ou plutôt c'est vouloir faire ressembler le médecin à l'homme que la ville entière appelle « cocu » et qui est le seul à l'ignorer !

De plus aucune de ces maladies « déclarables » n'entache l'honneur des familles ; le législateur a bien senti qu'il ne pouvait aller plus loin, — toujours par crainte de l'électeur ; — il s'est même arrêté devant la tuberculose et autres affections qui y pouvaient quelque peu toucher ; il les a rendues « facultatives », sachant fort bien qu'il parlait à des sourds et, malgré les objurgations du beau clan pastorien, il en restera là, soyez-en sûrs.

Quant à nuire parfois aux intérêts des familles — et même des stations balnéaires ! — la déclaration *seule* ne peut le faire ; si la discrétion administrative a été insuffisante ou les mesures de désinfection insuffisamment « gazées », cela n'est pas notre affaire, puisque nous, praticiens, n'y sommes absolument pour rien.

A ce propos, nous avons vu à Lille, jadis, des choses bien amusantes : un adjoint, très pastorien, faisait amener, au plus beau de la journée, une étuve roulante devant les maisons à désinfecter ; il n'y avait pas que l'étuve qui fut roulante ! Les désinfecteurs, en longue blouse blanche, descendaient sur la rue vêtements, draps de lit, matelas, etc., dans de vastes toiles. Et en avant la musique ! C'était superbe ; la foule s'amassait, les commentaires allaient leur train ; devant les réclamations dans les journaux, la chose prit fin

(1) Voir : « Le Code des Médecins, par LECHOPIÉ et FLOQUET. Oct. Doin, éditeur.

en quelques semaines et, depuis, l'intérêt des familles est un peu mieux sauvegardé ; il l'est même tellement que.... mais, chut ! nous avons dit que cela n'était pas notre affaire.

Les Hollandais, très flegmatiques, y mettent encore moins de façons (nous en reparlerons dans notre dernier article) : à la fenêtre d'un contagieux, ils collent une large pancarte avec ces mots en gros caractères : « Besmethelijke Ziekte » — « Maladies contagieuses » —. Personne ne s'en plaint ; il y a plus de vingt ans que nous avons constaté le fait à Dordrecht et à Mastricht. Chose épouvantable, il n'y avait pas alors d'Institut Pasteur, même en France !

En résumé, la déclaration obligatoire n'attaque pas réellement le « Secrct médical » ; elle le fait fléchir légèrement, sous certaines conditions et pour un petit groupe d'affections déterminées n'entachant pas l'honneur des familles, ne lésant leurs intérêts que par une imprudence qui ne nous est pas attribuable.

Nous *pouvons* l'accepter, en conservant au « Secret médical », sa grandeur primitive, en assumant comme dans le passé la responsabilité légale et morale de sa conservation, en maintenant son principe comme le seul qui nous permette l'exercice honorable de notre art, en le gardant jalousement comme un devoir et comme un droit.

Mais devant les nécessités sociales actuelles, nous devons abandonner — en bons citoyens et au profit de tous, — une faible part des droits qu'il nous confère et considérer cet abandon comme un devoir nouveau, une sauvegarde contre la fonctionnarisation ; nul être ne peut vivre sans s'adapter à son milieu, nul principe juste ne peut vivre sans se plier aux exigences d'une justice meilleure que celle dont il est sorti !

Et nous concluons, en terminant ce second article, que la déclaration des maladies transmissibles, telle que l'exige de nous la loi de 1902, n'est pas plus contraire au « Secret médical » bien compris, qu'elle n'est contraire à notre « Dignité professionnelle ».

Dr L. Declercq,
Rédacteur au *Petit Praticien du Nord*,
Ancien directeur du Bureau d'Hygiène de Lille.

19 février 1907.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA MONNAIE DU C. E. M. S.

Je parle de cette partie de la monnaie qu'on nous avait passée en douceur, avant d'essayer de nous passer la pièce : cette partie s'appelle *le diplôme spécial* délivré par *l'Institut de médecine légale et de psychiatrie* de l'Université de Paris.

Saluez : c'est un ennemi, en théorie ; dans l'état actuel des choses, j'estime que c'est *un* ami......... de l'homme mal marié, c'est l'ami qui porte l'ombrelle de madame.

Je développe :

C'est un ennemi en théorie et un ennemi sérieux qui va nous dépouiller des hautes fonctions de médecin légiste près les tribunaux correctionnels.

En vain les directeurs du *Concours médical*, gent naïve comme chacun sait, vous ont-ils assuré que rien ne forçait les parquets à recourir aux lumières de ces messieurs diplômés spécialement ès-psychiâtrie. Le *Concours* est mal renseigné ; sa probité l'empêche de lire *entre les lignes* certaine « Revue de médecine légale » de ma connaissance. Peut-être ne lit-on pas du tout cette Revue (fort intéressante d'ailleurs) au *Concours*.

Toujours est-il que, si on l'avait lue, on y aurait vu qu'une Association (ou Société) *des anciens élèves dudit Institut* s'occupait activement de décaler les médecins légistes d'occasion que nous sommes pour caser les diplômés nouveau style.

Moi, j'avais lu ; ne m'en veuillez pas, car « que « faire en un trou à moins que l'on ne lise ». Aussi ayant lu, je n'ai pas été surpris du tout quand M. le procureur de la République m'a interpellé sur le point de savoir si je possédais ou non le très susdit diplôme.

Nous saurons, au Syndicat, si tous les confrères de la localité ont été ainsi interpellés.

Ce que je sais, c'est que la même question a été posée aux deux confrères qui médecinent légalement au siège dont je suis le bon troisième...... sur trois.

Ce que je sais, c'est que la question a été posée, au procureur d'ici, par le général Procureur près la Cour d'appel du ressort du siège !

Qui a mis en œuvre Monsieur le Procureur général ?

Ici, il y a une lacune : je sais que ce dit procureur a parlé, d'une part ; je sais d'autre part que l'Association des anciens élèves désirait............ quelque chose. Mais je ne sais pas du tout s'il y a eu collusion (fi ! le vilain mot) entre les incriminés.

Les incriminés.... ? Les incriminés de quoi ? De quoi peut-on bien les incriminer ?

De rien ! Il y a une besogne spéciale et il y a des ouvriers spécialisés. Alors les gérants de la chose spéciale font naturellement appel aux spécialistes.

Qu'on appelle en notre chef-lieu un confrère diplômé *ad hoc*, pour autopsier trois fois l'an les vagues victimes de vagues criminels, peu me chaut.

Le *hic* est que ce savant confrère ne saurait vivre de ce métier et qu'il fera autre chose : forcément de la médecine courante.

Et nous sommes déjà tant à faire de la médecine courante !

J'ai, ainsi, épuisé le côté négatif de l'affaire. Je dois maintenant exposer le côté positif ou ce que je crois tel.

C'est à savoir que celui qui viendra nous débarrasser, H., P., et moi 3e, de la médecine légale, nous rendra un fameux service.

En ma qualité de bon troisième, je n'ai écopé qu'une fois ; voici le récit de mes déboires et débours ; je mettrai en face l'honorarium légal.

Novembre : il n'a pas encore gelé, mais il a plu. Donc, par dix centimètres de boue, je dois me rendre à quatre lieues d'ici, pour autopsier X....

Mon unique cheval en ayant assez, je requiers

le loueur à huit heures du matin. Ce loueur, à mon retour sur les 3 h. 1/2 de relevée, me réclamera quinze francs (1°).

Autopsie : c'est sale et ça pue. Les désinfectants ne peuvent, et, seule, ma pipe me sauve au risque de la future *angor pectoris*. C'est très intéressant d'ailleurs : un coup de fusil, chargé *de sel de cuisine*, tiré à bout portant, a largement ouvert le thorax en déchirant le poumon gauche ; le péricarde est *intact*, mais contient un peu, très peu de sang ; le ventricule gauche présente une déchirure (par explosion ?) large, quand elle bée, à laisser passer le doigt de part en part ; *le défunt a mis sept heures à mourir* avec les symptômes d'une hémorrhagie interne (diagnostic du médecin traitant que confirment deux ou trois litres de sang dans la plèvre gauche) (1).

Rapport à la suite ; je manque de facilité sans doute : brouillon, corrections, ratures, additions, copie, erreurs de copie, recopie ; ensemble des heures et des heures : soit, un jour.

Dépôt dudit rapport. Appel à l'instruction. Encore un tas d'heures !

Pendant que nous disséquions de compagnie, le médecin traitant, son remplaçant et moi ; on était venu chez moi, puis chez *eux*, nous requérir pour certain accouchement bien payé que fit un quatrième larron. Le jour où j'étais au parquet, le père Xavier s'étant cassé la jambe, le même 4e bénéficia du cas. Tout à l'heure je vais aller aux assises et un autre 4e sera appelé auprès de Stéphanie en état d'œdème aigu du poumon.

Et je vais aux assises ; je passe comme 11e témoin à charge (et ça m'est tout à fait désagréable d'être témoin à charge, moi, guérisseur compatissant aux maux d'autrui),

Convoqué à midi, je sortirai de la boîte vers 6 heures du soir avec injonction de demeurer dans la salle d'audience pour le cas où l'audition des témoins à décharge susciterait quelque incident. A 11 heures du soir seulement je serai libre.

Dans cette boîte (la salle des témoins) on s'ennuie terriblement ; on essaye de causer, mais ça ne va pas parce qu'on pense à l'homme dont on va faire couper la tête. Alors on lit (j'avais apporté *Crainquebille* et cela m'a été de quelque réconfort, même d'un réconfort plus spécialement adapté qu'un nouveau diplôme d'un nouvel institut. Et puis on fume (la cigarette à cause des dames). Ensuite on lit, on cause, on s'énerve et on se dispute un peu : c'est ainsi que mon confrère, le médecin traitant, n'a jamais voulu croire que nous avions vu remuer la mâchoire, vu respirer et *entendu crier* (2) un nouveau-né extrait après perforation du crâne et évacuation de la matière cérébrale (cette évacuation-ci ayant été vérifiée, avant les cris bien entendu, par introduction de l'index entier dans la cavité cranienne)..... même qu'il avait fallut titiller le plancher du 4e ventricule pour faire cesser les cris.

Laissons la dispute ; à 11 heures du soir on nous a lâchés, à dix lieues de chez nous, après le départ du dernier train. Comme par hasard, mon cheval était fatigué et j'ai dû (2°) payer deux courses à huit francs au loueur ; (3°) 3 fr. 50 à la Cie de chemin de fer ; déjeuner, goûter, dîner, souper et coucher hors de chez moi, ci 10 fr.

Ensemble : 15 + 16 + 3.50 + 10 = 44 francs cinquante.

J'ai perdu deux grandes journées et les clients adéquats ; je me suis fait un mauvais sang de tous les diables ; j'ai sué sang et eau pour faire un rapport en une troisième journée :

Et j'ai gagné :

A. Ma journée aux assises............	23 fr.
B. Deux fois deux myriamètres et demi (à 0 fr. 40 le kilomètre) en voiture............................	
C. Deux fois X kilomètres en chemin de fer (à 0 fr. 20)................	
D. Autopsie, transport, rapport, désinfectants compris..............	61 fr. 25
Total..............	84 fr. 25

J'ai gagné et touché, pour tout ce bel ouvrage, la somme fabuleuse de quatre-vingt-quatre francs vingt-cinq centimes.

Eh bien ! vous savez, au prix où Méline a mis le pain, quand on déduira de mon revenu les frais indispensables pour déterminer la quotité imposable, je pourrai démontrer que, en trois jours (autopsie, un ; rapport, etc., un ; assises, un) j'ai gagné 40 fr. et vingt-cinq centimes,— soit treize francs par jour.

C'est le plaisir que je souhaite au confrère B.., qui, plein d'ardeur et jaloux de dépasser ses anciens, vient de se faire inscrire à l'Institut d'entre-deux-ponts afin de conquérir le nouveau diplôme.

A raison de trois *affaires* par an, et d'aussi fructueuses que la mienne, il gagnera 120 fr. 75 ; s'il est tout petit fumeur, ça lui fera toujours son tabac.

Il est vrai qu'il y a le déjeuner avec le parquet le jour de l'autopsie : pour moi, ces messieurs furent très aimables et surent assaisonner de cordialité une cuisine plutôt médiocre.

Mais, c'est égal, je veux que le diable m'emporte si on m'y repince. Ne riez pas de mon serment sous prétexte que, quant au diable, mon sort est dès longtemps réglé.

Je vous dis, moi, que nos soi-disant démocrates, en veine de mandariner, règleront le sort des autopsies plus vite que vous ne pensez.

Grand bien je souhaite aux possesseurs du bouton...... de jais.

Jean C.

(1) Je n'invente pas cette histoire invraisemblable que je soumets respectueusement aux compétences, diplômées ou non, tout prêt à fournir les références d'usage.

(2) Je continue à ne pas inventer et à soumettre avec références aux méditations..... etc.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

CONFÉRENCE DE M. REYMOND A LA SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT.

Mes chers collègues,

Je remercie notre Président de l'honneur qu'il m'a fait en me conviant à vous entretenir quelques instants de questions auxquelles vous voulez bien vous intéresser. Mais permettez-moi d'avouer que je suis mécontent du titre choisi, qui peut sembler prétentieux et dont je demande à expliquer la pathogénie.

M. Vaquez et plusieurs collègues voulurent bien me demander d'exposer mes idées sur la Réforme des études médicales. Cette question est si complexe que chacun de nous doit s'efforcer d'en souligner les dif-

ficultés : or, l'une d'elles m'avait semblé correspondre à la nécessité où se trouve la Faculté aujourd'hui et où elle se trouvera demain, de fournir des praticiens aussi différents que ceux que réclament maintenant les villes et les campagnes.

Les premiers tendent de plus en plus à devenir des spécialistes connaissant à fond tel chapitre, chaque jour plus complexe, de la science médicale.

Les seconds, étant isolés, doivent traiter n'importe quelle affection, être, au besoin, chirurgien ou médecin légiste, n'ignorer aucune des spécialités dont le nombre croît chaque jour.

Je voudrais avec vous, Messieurs, préciser rapidement ce qu'on doit attendre, ce qu'on peut réclamer du médecin de la ville, du médecin de la campagne.

Nous constaterons ensuite que le bagage qu'on leur fournit n'est guère en rapport avec celui dont ils ont besoin, et nous chercherons enfin quel est le mode d'enseignement assez souple pour remplir des conditions aussi différentes.

I

MEDECIN DE VILLE

Quelle est sa situation, vis-à-vis de la clientèle d'abord, de l'assistance ensuite ?

A. — Clientèle.

Inutile d'insister sur la tendance à la spécialisation : elle n'ira, je le crois, qu'en s'accentuant.

Depuis quelques années se sont créées même des « Maisons médicales », où sont pratiquées par des spécialistes divers les branches les plus différentes de la médecine. Le malade qui s'y présente peut souffrir de l'estomac, être atteint de lésion cutanée ou d'un rétrécissement de l'urèthre : on le fixera aussitôt sur l'heure et le jour où le spécialiste correspondant donne ses consultations.

D'aucuns pensent qu'il faut voir dans les organisations de ce genre l'avenir exclusif de la pratique médicale dans les villes.

Je ne partage pas cette opinion et je crois, quel que soit l'avenir réservé aux Maisons médicales, que l'influence morale du médecin sur sa clientèle riche ou pauvre est trop grande pour que disparaisse le médecin de famille, le médecin de quartier.

Néanmoins, le rôle de ceux-ci a bien changé et, en présence de telle lésion du larynx, médecin et chirurgien, appelés auprès du malade, n'hésiteront pas à le confier à un laryngologiste. On demandera à celui-ci de bien connaître ce qui constitue sa spécialité et d'avoir mis à l'apprendre le temps nécessaire.

B. — Assistance gratuite.

Terminons ce qui concerne le médecin de ville en envisageant son rôle vis-à-vis de l'assistance : assistance à domicile, dont je reparlerai à propos du médecin de campagne, assistance à l'hôpital, qui me paraît pour lui la plus intéressante.

Depuis quelques années, les praticiens tendent de plus en plus à s'élever contre l'entrée à l'hôpital des malades ayant les moyens de se faire soigner à domicile ; syndicats, associations médicales, affirment à qui mieux mieux : « L'hôpital est au pauvre. »

Je ne suis point de leur avis et je crois que leurs plaintes n'entraveront pas l'évolution fatale des choses, la marche normale des progrès sociaux. Un jour on dira : « L'hôpital est à tout le monde. »

On paie suivant sa fortune. Le riche couvre les frais du pauvre. Les médecins y sont rémunérés proportionnellement à ce que versent les malades.

Ce n'est pas là une utopie ; ce n'est même plus un projet : l'idée est déjà en voie d'exécution.

Le docteur Boudin, à l'Union des syndicats médicaux, citait l'exemple de l'hôpital d'Oyonnax où on prélève 0 fr. 50 par tête de malade payant au profit du médecin traitant.

A Albertville, la somme est fixée à 1 franc.

A Chambéry, les chirurgiens disposent d'une somme plus élevée, qu'ils versent à une caisse d'Association pour frais syndicaux, pensions aux veuves et orphelins.

Ainsi les chefs de services hospitaliers ne se trouvent pas être les seuls à profiter de cette innovation. Ajoutons que, lorsque nos hôpitaux, au lieu d'être fermés comme maintenant, seront, comme en Allemagne, ouverts aux praticiens qui, sous la direction du chef de service, donneront leurs soins aux malades et se mettront au courant des progrès scientifiques, on pourra sans inconvénient faire bénéficier les dits praticiens de la présence des personnes fortunées préférant se faire soigner à l'hôpital.

II

MEDECIN DE CAMPAGNE

A. — Clientèle.

Le médecin de campagne, privé du conseil ou de l'aide d'un confrère, doit être théoriquement un savant encyclopédiste. En réalité, on devrait exiger de lui que, quitte à faire peu de cas de la théorie, il possède des connaissances pratiques étendues.

Quel est aujourd'hui le rôle du médecin de campagne vis-à-vis de sa clientèle payante, j'entends celle qui paie peu, qui est pauvre quoique non assistée, qui est éloignée de tout centre, qu'on ne peut atteindre que par des chemins difficiles ?

Avant que de critiquer, laissez-moi, Messieurs, rendre un pieux hommage à ceux qui, en remplissant les charges d'une semblable carrière, constituent les modèles du dévouement, de l'abnégation et ne trouvent, pour récompenser leurs fatigues journalières, que le sentiment modeste de leur robuste mérite.

Ce n'est aucunement diminuer l'admiration qu'on leur doit que d'étudier les causes qui rendent leur bonne volonté moins profitable à ceux auxquels ils se dévouent.

Deux éléments diminuent l'importance du rôle que le médecin de campagne est appelé à jouer : manque de rétributions, et parfois manque de connaissances personnelles pratiques.

La difficulté que trouve un médecin à réclamer les modestes honoraires qui correspondent à son déplacement est encore très réelle dans certaines parties de la France. A ce propos, n'oublions pas que le budget d'assistance est particulier à chaque département ; d'où il suit que les départements riches sont ceux qui accusent le plus de pauvres et ceux qui sont pauvres qui en accusent le moins. En d'autres termes, le département riche peut établir une longue liste d'assistance médicale gratuite et y faire rentrer ceux mêmes qui ne se trouvent pas dans la misère absolue ; tandis que le département pauvre, obligé de réduire la liste d'assistance médicale gratuite, laisse tel malheureux dans la nécessité de se soigner à ses frais.

En conséquence, c'est dans les régions les moins bien desservies, les moins peuplées, que se trouve le malade pauvre ne jouissant pas de l'assistance et obligé de payer le médecin qu'il fera parfois venir de 15 ou 20 kilomètres.

La dépense sera trop souvent au-dessus de ses

moyens ; il ne pourra pas le faire venir aussi souvent qu'il est besoin, ou bien, il le fera venir trop tard, où encore il ne le fera pas venir du tout. Il est tombé, il n'a pas pu se relever ; il craint que sa jambe ne soit cassée, mais peut-être ne s'agit-il que d'une entorse ; le médecin qui emploie une journée à le venir voir lui demandera vingt ou trente francs ; le rebouteur qui habite à côté se contentera de 20 sous. C'est à celui-ci qu'il s'adresse. Faut-il beaucoup lui en vouloir ? Seriez-vous même bien sévère pour le rebouteur si le malade se fût trouvé dans l'impossibilité d'appeler le médecin et que lui, le *rhabilleur*, eût placé la fracture à peu près réduite dans un appareil suffisant ?

Oh ! je n'ai garde d'excuser l'exercice illégal de la médecine, et je sais que de victimes peut faire la maladresse ou la charlatanesque initiative de certains exploiteurs de crédulité publique. Mais je retiens l'exemple cité pour chercher, si cela est possible, le reméde à cette situation que je formule ainsi : le médecin est trop éloigné, son déplacement est trop onéreux pour la bourse du paysan malade.

La solution se trouve-t-elle dans l'établissement d'un médecin en un point moins éloigné ? Autrement dit, dans l'augmentation du nombre de médecins de campagne ? Ceux-ci, dès maintenant, gagnent mal leur vie ; leur profession rapporte un revenu correspondant à peine au capital immobilisé par eux durant leurs études ; et ces études on parle de les prolonger encore d'une année !

Ici, un souvenir revient à la mémoire : celui de l'officier de santé dont les études étaient courtes, *auraient dû être* uniquement pratiques, et qui pouvait aller s'installer très loin dans les campagnes, employant une partie de son temps à soigner les malades d'un petit village, des hameaux voisins, et consacrant parfois les heures libres aux occupations les plus diverses. Peut-être, en interprétant le rôle des officiers de santé autrement qu'on ne l'a fait, en leur donnant des connaissances toutes pratiques, en limitant le rôle qu'ils étaient appelés à jouer, aurait-on pu en tirer un parti avantageux. Mais, au lieu de modifier, on a préféré supprimer, et actuellement il ne doit plus en être question : c'est une audace que d'en parler encore.

En revanche, on est en droit de parler des sages-femmes ; ce n'est pas que leur éducation ne laisse à désirer, mais, dans la campagne, auprès d'une accouchée, elles apportent leur expérience, leurs conseils et servent d'intermédiaire entre la malade et le médecin, lorsque la présence de celui-ci paraît utile : défense leur est faite de pratiquer elles-mêmes telle intervention. Parfois, comme les accouchements leur laissent du temps de libre, elles exercent simultanément une autre profession.

Si les sages-femmes jouent là un rôle restreint et utile, pourquoi ne pas demander à des infirmiers ou infirmières d'en jouer un analogue auprès des malades en général ? Les infirmiers, par exemple, seraient recrutés parmi les infirmiers du régiment, des hôpitaux, feraient un stage dans certains services hospitaliers, passeraient un examen pratique. Rentrés dans leur village, ils reprendraient leur profession, mais n'en seraient pas moins là pour procurer un aide précieux à leurs concitoyens ; premiers soins en cas de brûlure, d'accidents, conseils de faire venir le médecin, aide apporté à celui-ci au cas d'une intervention, soins journaliers auprès des malades que le docteur ne peut venir voir qu'à des espaces éloignés. Cet infirmier, me dira-t-on, mais c'est lui qui sera dès lors tout indiqué pour pratiquer illégalement la médecine ! Je ne le crois pas ; le simple brevet dont il jouirait, en ferait l'heureux adversaire des rebouteurs ; il serait en partie sous l'autorité du médecin qu'il tiendrait à faire appeler, mais qui lui procurerait l'occasion de remplir telle fonction rétribuée.

Son rôle n'ayant rien de clandestin, il ne lui serait pas possible de se livrer aux manœuvres que pratiquent les rebouteurs et guérisseurs, qui, eux, n'ont jamais à entrer en contact avec les médecins.

Je disais que, d'autre part, le manque de connaissances pratiques restreignaient le rôle que le médecin de campagne est appelé à jouer. Les connaissances que doit avoir un modeste praticien sont fort étendues ; en dehors de la pratique médicale, il doit n'ignorer ni celles de la chirurgie d'urgence, ni celles de chacune des spécialités. Bien souvent ces connaissances lui manquent, et le malade peut en souffrir.

Je ne saurais prendre d'exemple plus typique que celui que je fournissais avant-hier matin au Sénat, lorsqu'à propos du Budget de l'Instruction publique je demandais à M. le ministre la promesse d'une transformation des études médicales (1).

Je ne crois pas que mes confrères puissent m'en vouloir, d'autant que, comme je l'ai dit, ce n'est pas à eux que s'attachent les responsabilités.

B. — Assistance gratuite.

Peu de choses à dire en ce qui concerne aujourd'hui le traitement hospitalier ; il n'existe pas. Mais l'avenir doit, à mon avis, lui réserver un rôle important.

L'« hôpital cantonal » sera bientôt, je veux l'espérer, une création utile aux malades, aux médecins et au budget. Relié à toutes les parties du canton, il permettra le transport rapide du malade à ce centre hospitalier.

En tant que groupement de malades, il constituera pour le médecin ou les médecins du canton un centre qui leur permettra de s'intéresser davantage aux observations scientifiques, d'avoir un milieu approprié aux interventions chirurgicales, pour lesquelles se recruteront plus facilement les aides nécessaires.

En ce qui concerne les dépenses, je n'hésite pas à dire que l'hôpital cantonal doit constituer une économie ; comparons, par exemple, les dépenses qu'y occasionnera le séjour d'un typhique ou celles qu'auraient déterminées pour le même typhique, habitant à 20 kilomètres du chef-lieu de canton, les visites multiples et nécessaires du médecin qui doit le soigner.

En attendant que l'hôpital cantonal joue le rôle qui me semble lui être dû, le médecin de campagne n'a aujourd'hui qu'à pratiquer l'assistance à domicile ; celle-ci, vous le savez, est comprise différemment suivant le département.

En ce qui concerne la désignation du praticien, dans cinquante-neuf départements, le choix du médecin revient exclusivement au malade ; dans vingt-quatre départements existe encore le mode de circonscription médicale ; chaque circonscription possédant un médecin d'assistance que le préfet choisit et qu'il relève de ses fonctions suivant son bon plaisir.

En ce qui concerne le mode de paiement, nous trouvons encore deux procédés : par visites ou par abonnements, procédés qui coexistent parfois dans le même département.

Je ne dirai rien de la question pécuniaire. Chaque département calcule d'après ses moyens ; il emploie le mode de recouvrement qui lui semble préférable, qui est le mieux applicable à la nature du pays et des

(1) *Journal Officiel* du 23 janvier 1907. Séance du Sénat du 22 janvier, p. 219.

habitants. La comparaison qui se fait entre les méthodes diverses est elle-même très profitable.

Il n'en est pas de même de la désignation du praticien; il est inadmissible aujourd'hui qu'un choix soit fait parmi nos confrères par seule décision administrative ; il est moins admissible encore que le confrère choisi et remplissant ses fonctions sans avoir jamais encouru aucun reproche, puisse être relevé des dites fonctions sans que le préfet ait eu même à prendre l'avis d'aucune commission responsable.

Les malades assistés, comme d'ailleurs les blessés par accidents du travail, doivent, à mon avis, pouvoir librement choisir leurs médecins : on ne peut accepter qu'à notre époque le riche, seul, puisse s'adresser au médecin dans lequel il a confiance.

III

L'INSTRUCTION MÉDICALE ACTUELLE.

A. — Ce qu'on apprend à la Faculté.

Pour fournir des connaissances aussi diverses que celles que nous venons d'indiquer, quelle éducation nous donne la Faculté ?

Le P. C. N. est l'obstacle à franchir pour entrer ; la forme qu'on peut lui donner est quelconque : pourquoi ne pas choisir celle qui permettrait aux concurrents de retenir des sciences générales les parties qui peuvent être le plus utiles à ceux qu'ils devront soigner plus tard !

Qu'attendre des cours de la Faculté ? voire même de ceux qui, comme l'anatomie, sont plus particulièrement de son ressort ? Je garde le souvenir lointain de mon entrée dans le grand amphithéâtre où le Professeur, anatomiste de haute valeur, conmmençait son cours sur l'appareil oculaire en prévenant l'auditoire qu'il n'aurait pas terminé à la fin de l'année.

La Faculté a tellement conscience de l'inutilité pour les étudiants de ces cours d'anatomie qu'ils se font encore aujourd'hui, si je ne me trompe pas, à l'heure où les élèves qui apprennent l'anatomie sont retenus par la dissection. A propos de celle-ci, je suspends les critiques : c'est dans ce mode d'enseigner que l'on trouvera les plus heureuses méthodes à imiter.

Que dire des autres cours ? de ceux des spécialités ? Est-il admissible que ce soit par la même filière que tous les professseurs agrégés doivent pénétrer dans la Faculté et qu'alors seulement ils soient à même de choisir une spécialité ? N'avons-nous pas tous été surpris en apprenant que tels agrégés avaient été brusquement saisis d'une ardeur inattendue pour telles spécialités qui, jusqu'alors, n'avaient pu leur offrir que l'attrait de l'inconnu ?

Tout le monde ne sait-il pas quelle part revient, en de pareilles préférences, aux calculs macabres qui permettent d'escompter l'époque où telles chaires seront veuves de leurs titulaires.

Je ne fais là aucune critique à ceux qui sont bien obligés de prévoir l'avenir ; mais je demande ce qu'il nous faut penser de l'Institution qui ne trouve pas d'autre flambeau pour éclairer les jeunes maîtres et les aider à chercher la voie qu'ils doivent illustrer un jour.

Ainsi donc, en tant qu'enseignement, nous avons, je crois, le droit d'affirmer que le rôle de la Faculté est incomplet, aussi bien en ce qui concerne le spécialiste de la ville que le praticien de la campagne.

Reste le rôle important que seule détient la Faculté: le privilège de faire subir les examens aux étudiants et de décider s'ils sont aptes à soigner et guérir les malades.

Je ne veux pas d'autres appréciations que celle fournies, en pareille matière, par les professeurs eux-mêmes. Ils n'ont pas hésité à dire bien haut quel manque d'homogénéité présentaient de semblables examens, et combien il était difficile de juger en dix minutes du travail qu'a pu produire en deux ans un jeune homme qu'on voit pour la première fois.

B. — Ce qu'on apprend dans les hôpitaux.

Nous avons connu, il y a quinze ans, la méthode permettant aux stagiaires de choisir leur service hospitalier.

Le procédé avait quelques défauts et de grands avantages. Les étudiants qui ne voulaient rien faire atteignaient assez facilement ce résultat ; ceux qui voulaient travailler y trouvaient toute facilité.

Vous connaissez la méthode adoptée aujourd'hui par la Faculté.

Les stagiaires sont parqués d'avance, sans que leurs préférences jouent aucun rôle, dans les services de cliniques, où leur nombre les rend encombrants et les empêche de rien apprendre.

La situation a paru tellement anormale qu'on a dû choisir d'autres services ayant le droit de recevoir des stagiaires. Les services ainsi choisis étaient certes excellents, mais ceux qu'on a délaissés n'auraient pas été moins bons ; les premiers ont été gratifiés d'une rétribution annuelle, ce qui a permis de dire que les uns étaient *accrédités* et les autres *discrédités.*

Que peut donner cette instruction hospitalière au futur spécialiste de la ville, au futur médecin de la campagne ?

Le spécialiste a, de nos jours, de longues études à pratiquer :

Le temps n'est plus où, entre autres exemples, le médecin de marine, n'ayant jamais pratiqué d'accouchement, pouvait, au bout de quelques mois d'études s'intituler accoucheur. Autant que possible, l'étudiant qui se destine à l'ophtalmologie doit, avant même d'étudier cette branche de l'art médical, profiter auparavant, durant l'ensemble de ses études, de tout ce qui s'en approche davantage. Mais la répartition actuelle ne le lui permet pas. Et même, lorsqu'il arrivera à son stage de spécialités, il n'obtiendra de s'occuper d'ophtalmologie que s'il se trouve une place dans le service correspondant ; sans quoi, en guise d'ophtalmologie, on lui offrira un service des maladies nerveuses ou des voies urinaires.

Si l'hôpital ne donne actuellement pas ce dont a besoin le spécialiste de ville, que dire de ce qu'il fournit au médecin de campagne qui doit avoir la connaissance pratique de chaque chose. Il est entendu qu'il peut ne rien apprendre durant son stage, mais admettons d'abord qu'il soit plein de bonne volonté et ensuite que les services où il se trouve lui permettent d'utiliser cette bonne volonté.

Il a six mois pour connaître toute sa pathologie interne ; six autres pour la pathologie externe, pendant lesquels il ne sera parfois invité ni à toucher un bistouri, ni à faire un pansement. Trois mois lui permettront d'avoir des connaissances pratiques suffisantes en accouchements et, sur ce point particulier je me garde de toute critique ; les trois derniers mois doivent lui suffire pour se mettre au courant des spécialités : maladies cutanées, syphilis, maladies nerveuses, maladies des enfants, du nez, des oreilles, du larynx, des yeux, des voies urinaires... que sais-je encore !

Faut-il s'étonner dès lors que l'admirable dévouement du praticien de campagne puisse être parfois entravé par un manque de connaissances pratiques

IV

CE QU'ON PEUT DEMANDER A L'INSTRUCTION MEDICALE.

Que le remède ne soit pas pis que le mal ! Tel est notre premier souhait. C'est avec les meilleures intentions du monde que les partisans du *Certificat d'études médicales supérieures* recommandèrent comme progrès une modification don't l'opinion générale a fait justice.

Lorsque, dernièrement, certains étudiants terminaient un article, fort intéressant d'ailleurs, en souhaitant que l'Assistance publique fût confiée aux soins de la Faculté, ils formulaient un projet dont ils n'avaient pas, je l'espère, calculé toutes les conséquences.

Au spécialiste, au médecin de campagne, dont les fonctions sont si différentes, la Faculté et l'hôpital pourront-ils, un jour, fournir une instruction assez souple pour être utile aux deux ?

A. — Faculté.

Je me garderai d'énumérer les modifications que, chacun réclame. Je me contente de remarquer que sans sortir de son enceinte, on trouve un mode d'instruction qui pourrait être avantageusement pris comme modèle : je veux parler de l'enseignement de l'ostéologie dans les pavillons d'anatomie. Les élèves y préparent avec ardeur un examen à courte échéance ; ceux qui enseignent sont des camarades plus âgés, heureux de parfaire leurs connaissances en faisant des cours, en fournissant telles explications, en interrogeant, en donnant des notes dont la sincérité est scrupuleuse. C'est une heureuse forme d'instruction mutuelle.

Nous avons vu comment les examens exigés par la Faculté sont incapables de la renseigner sur les connaissances qu'on doit exiger du praticien. Ces connaissances peuvent être toutefois appréciées par des examens pratiques, par des certificats de stages, par une répartition plus large d'examens plus fréquents entre des examinateurs plus nombreux.

B. — L'Ecole des hôpitaux.

La Faculté peut tarder à modifier la forme de ses examens, le caractère de ses cours ; mais, en revanche, il est un grand centre d'enseignement médical, susceptible de devenir le premier du monde, et qui pourrait être inauguré demain : c'est l'*Ecole des hôpitaux*

Cette école possède déjà en partie son matériel d'enseignement ; le personnel enseignant attend qu'on lui permette de professer et les étudiants attendent qu'on les laisse s'instruire.

Dans chaque service, les malades créent l'élément indispensable ; dans chaque hôpital, les laboratoires d'anatomie pathologique, de pharmacologie, d'histologie, de bactériologie, de radioscopie, d'électricité permettent à l'élève d'étudier chaque élément sous une forme pratique, chaque science dite à tort accessoire, dans son application directe au profit du malade.

Le personnel enseignant de l'Ecole des hôpitaux est tout constitué : chefs de services désireux de faire profiter les élèves de leurs connaissances, pharmaciens donnant au futur médecin de campagne quelques principes de pharmacologie, chefs des divers laboratoires poursuivant et expliquant les recherches qui correspondent aux affections dont la clinique permet de suivre le cours.

Quant aux étudiants, ils choisissent leurs services, ceux-ci ne pouvant toutefois en accepter que le nombre compatible avec les nécessités de l'enseignement et les bons soins dus aux malades.

Mais ce qui doit caractériser dans l'avenir la situation de l'étudiant par rapport au malade, c'est une avantageuse réciprocité, qui, aujourd'hui, est incomplète. Le malade est indispensable à l'instruction de l'étudiant ; celui-ci peut jouer vis-à-vis du malade un rôle plus actif qu'il ne le fait.

Dès son entrée, il doit prendre des observations, faire des pansements, accepter des tâches que trop souvent il abandonne à la surveillante, et qu'il sera incapable de remplir plus tard dans sa clientèle. Le stagiaire doit sortir du rôle passif dans lequel on l'invite à se complaire. Le travail qu'il remplira lui sera compté, en particulier lors du concours d'externat et d'internat.

L'éducation pratique dont pourra profiter l'étudiant ne se trouvera pas seulement au cours de la visite du matin, mais à celle de l'après-midi durant, toute la journée dans les laboratoires ; il la trouvera surtout durant les services de garde ; gardes de médecine et de chirurgie seront enfin indépendantes, chacune dirigée par un interne compétent. Autour de celui-ci viendront se grouper les étudiants, auxquels les complications imprévues, les accidents, les opérations d'urgence donneront les meilleurs enseignements de pratique journalière : l'étudiant doit vivre à l'hôpital.

Le tableau que je trace n'est peut-être pas aussi utopique qu'il peut vous sembler. Les avantages que l'hôpital pourrait ainsi procurer à l'ensemble des étudiants, il le donne déjà à quelques-uns ; auxquels ? aux externes, aux internes surtout. Ce que je réclame pour tous demain, c'est ce qui existe pour quelques-uns aujourd'hui.

Et, pour terminer, mes chers collègues, ne trouvez-vous pas qu'il appartient aux internes de prôner, pour l'enseignement de tous les futurs médecins la méthode dont ils ont pu profiter et dont ils ont été à même de comprendre les avantages ?

CORRESPONDANCE

Le feu sacré dans la propagande.

Monsieur et honoré confrère,

La lettre du Dr Mignon, des Mureaux (*Concours médical* du 17 février 1907) m'a absolument enthousiasmé ; elle est magnifique et mériterait les honneurs de l'affichage dans le cabinet de tout médecin.

Vous savez la lutte que je soutiens pour l'honneur médical et ses intérêts matériels contre la S. S. M. ; je pense arriver à quelque chose très prochainement.

Moi aussi d'ailleurs, j'ai porté à 3 fr. le prix minimum de la visite simple aux rentiers et gros commerçants ; je ne m'en trouve pas plus mal.

J'ai élevé également le tarif de la campagne : autrefois les confrères allaient dans un gros village distant de 3 kil. pour 3 fr. Je prends 4 fr. et vais être suivi ; on commence même à m'imiter.

Avouez que 4 francs pour 3 kil. ce n'est pas cher ; un franc pour atteler et 1 fr. par kilom. C'est bien là un prix minime pour le dérangement.

Pas de fausse philanthrophie : actuellement nous autres médecins, confrères bien en place, confrères nouveaux venus, nous voulons vivre de la médecine, c'est notre droit. Il vaut mieux faire 10 visites à 3 fr. que 15 à 2 fr. ; et notez bien que si nous étions unis nous ferions tous le même nombre de visites et à un

prix plus élevé. Ce sont des vérités que nous devons tous comprendre, ou plutôt (car nous les comprenons très bien) tous mettre en pratique.

Mais voilà, la fameuse *invidia medicorum* nous empêche de marcher la main dans la main, nous pousse à diminuer nos prix pour faire plus de visites que le confrère. Ce n'est pas une différence minime dans le prix de la visite ou du voyage qui fait la clientèle : celle-ci peut au début se laisser influencer par la baisse; mais, comme à la Bourse, les bonnes valeurs (c'est à-dire le médecin aimé et choisi pour tant de raisons ignorées) garderont la faveur du public.

Je vais demain engager le bon combat ; que saint Hippocrate me soit favorable ! je vous tiendrai au courant. L'annonce d'un succès confraternel est un encouragement moral très précieux et je réussirai.

Bien cordialement,

Ch. Feyfant.

La publicité de nos principes de tarification.

Mon cher confrère,

L'idée du Dr Mouras d'afficher l'extrait de l'arrêté ministériel 1906, dans le cabinet me paraît très pratique et peut éviter bien des discussions. Je ferai même imprimer au dos de mes notes d'honoraires les 3 premiers paragraphes.

Bien cordialement à vous. Dr G.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes.

Siège social, 18, avenue de l'Opéra, Paris.

Mon cher Confrère,

La revision des tarifs des honoraires médicaux pour les accidents du travail doit s'effectuer cette année. Il sera introduit un paragraphe spécial concernant la radiologie et l'électrologie.

Pour défendre les intérêts d'un grand nombre d'entre nous, il est bon que les médecins électrologistes aient un représentant à la commission de revision des tarifs.

Nous avons, par suite, pensé qu'il était nécessaire de former un Syndicat.

Mais pour qu'auprès du ministre notre association puisse avoir de l'influence, il faut que tous les médecins qui s'occupent d'électrothérapie fassent corps avec nous.

Aussi nous vous adressons un pressant appel et vous prions de nous adresser votre adhésion le plus tôt possible.

Si le point de départ de la fondation du Syndicat est dû à la revision du tarif des accidents du travail, il restera, après cette première besogne, bien des points à traiter. Transformation en projet de loi du vœu de l'Académie de Médecine concernant la radiologie ; poursuites contre les électro-thérapeutes non médicaux ; défense des intérêts de nos co-syndiqués ; etc., etc.

Nous espérons que nous vous compterons bientôt parmi les nôtres et vous prions d'agréer nos meilleures salutations confraternelles.

Le Président, Dr Imbert, de Montpellier,

Le Secrétaire Général, Dr Guillemonat, de Paris,

REPORTAGE MÉDICAL

Ministère du travail et de la prévoyance sociale.— Par arrêté du ministre du travail et de la prévoyance sociale en date du 26 février 1907, M. Pédebidou, sénateur, a été nommé membre de la commission chargée de l'élaboration du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accidents du travail, en remplacement de M. le Dr Brouardel, décédé.

Association de la Presse médicale française. — *Séance du 17 février 1907.* — Excusés : MM. Archambaud, Lucas-Championnière, A. Robin.

La démission du Dr Delefosse, syndic, a été acceptée, ainsi que celle du Dr Boix, qui cesse de diriger les *Archives générales de Médecine.*

Le Dr Moulonguet, qui représentait dans notre Association les *Archives provinciales de Chirurgie*, démissionne en faveur du Dr Marcel Baudouin.

MM. Mayet (*Province Médicale*) et Graux (*Gazette Médicale de Paris*), sont nommés membres de l'Association.

M. Blondel, au nom de la Commission chargée de la rédaction de l'article 5 de nos Statuts, propose le texte ci-dessous qui est adopté.

« Art. 5. — C'est à la Commission permanente d'admission que les parrains doivent fournir toutes les justifications, y compris l'affirmation de la non-gratuité du journal. »

Sur la proposition de M. Foveau de Courmelles, l'Assemblée décide que l'Association déléguera un de ses membres près de la « délégation pour l'adoption d'une langue internationale », et choisit M. le Dr Rodet.

— M. le Dr Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale, annonce que la Conférence annuelle du Comité permanent de l'Association se réunira à Londres dans les premiers jours d'août prochain. Il demande qu'à la prochaine séance, les membres de l'Association française qui auraient quelques propositions à suggérer pour l'ordre du jour de cette Conférence veuillent bien les lui transmettre. Actuellement cet ordre du jour comporte deux propositions allemandes et une française (celle-ci en faveur de l'étude de l'espéranto). A cette même séance, il y aura lieu de pourvoir, si besoin est, à la désignation de délégués suppléants. Les délégués titulaires français sont actuellement MM. Cornil, Lucas-Championnière et Robin (suppléé à la dernière réunion de Berne par le Dr Doléris).

L'Assemblée autorise le Secrétaire général à faire paraître un Annuaire de l'Association qui comprendra le texte des nouveaux Statuts.

La prochaine Assemblée — qui aura lieu le vendredi 3 mai — aura donc à élire un syndic en remplacement de M. Delefosse. Ceux de nos collègues qui voudraient faire acte de candidature sont priés d'en prévenir le Secrétaire général qui fera connaître leur intention en adressant les convocations.

Le Secrétaire général, Dr Granjux.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 10 10 MARS 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ETUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(CONGRÈS DES PRATICIENS)

Nous recevons les documents suivants:

Paris, le 3 mars.

Mon cher collègue et ami,

Je vous envoie pour le *Concours* les lettres du Dr Jablonski, du Dr Saint-Maurice, du Dr Saquet et du Dr Seytre. Peut-être pourriez-vous publier aussi les circulaires de MM. Jablonski, Seytre et Lisnard, qui sont très intéressantes. J'ai répondu à MM. Jablonski, Saquet et Seytre pour les remercier simplement et leur accuser réception.

Au Dr Saint-Maurice, j'ai répondu en indiquant que les médecins qui viendront individuellement au Congrès devront verser 5 francs, et que les groupes verseront comme subvention la somme qu'ils voudront suivant leurs ressources. Je lui ai dit que le Congrès aurait le caractère d'un Congrès de discussion et d'étude en commun, et que le vote serait uninominal, mais que les délégués auraient les voix de leurs groupes, et surtout dans les cas où ceux-ci auraient discuté certaines des questions soumises au Congrès.

Voudriez-vous bien me renvoyer les lettres Reynès, Marquezy, Boudin, Siredey, Dubost, Bermondy, Bergeron, Lagarde, Le Clerc, pour que je puisse les classer ?

Je pense réunir la Commission générale dans une dizaine de jours.

Bien cordialement,

Dr LEREDDE.
31, rue de La Boétie.

P. S.— Ci-joints également une lettre et un document du Dr Charier. Sa propagande a fait merveille dans les Deux-Sèvres.

Groupe médical parlementaire.

Président : M. LANNELONGUE, vice-président.
Secrétaire : M. PEDEBIDOU.

Communication des listes de candidats proposés par les diverses associations médicales à Monsieur le Ministre de l'Intérieur.

Ces listes sont approuvées et une délégation composée du bureau est chargée de les transmettre sans retard à Monsieur le ministre.

Sont désignés :

1° *Association générale des médecins de France.*
MM. LEREBOULLET, président ; LE PAGE, secrétaire général ; DARRAS, secrétaire ; RICHELOT, THIBIERGE, RIST, membres du conseil général.

2° *Union des syndicats médicaux de France.*
MM. GAIRAL, président ; NOIR, secrétaire général ; MILLON, secrétaire général adjoint ; JEANNE, BERTHOD, GOUFFIER, GASSOT, LEREDDE, GRANJUX, MOTAIS (d'Angers).

3° *Concours médical.*
MM. GASSOT, GOUFFIER, LACROIX..

4° *Syndicat des médecins de la Seine.*
M. ROTILLON, président.

5° *Fédération du Nord et du Pas-de-Calais.*
MM. COPPENS Auguste, CAUDRELIER, LAMBIN, RICHARD-LESAY.

6° *Fédération du sud-est.*
MM. ALBERTIN, VIGNARD, ROUSSEL, PASSERAT.

7° *Conseil général des Sociétés médicales. d'arrondissement (Paris).*
MM. DUCOR, DIGNAT, DUTARD, Paul REYNIER.

8° *Comité permanent de médecine professionnelle et de déontologie médicale.*

MM. GLOVER, secrétaire général, DIGNAT, GUILLOU, DUCOR.

9° *Société de l'Internat de Paris.*

MM. VERCHÈRE, VAQUEZ.

10° *Société médicale des praticiens de Paris.*

MM. FOVEAU DE COURMELLES, BARLERIN.

Le certificat d'études médicales supérieures.

Un décret présidentiel rapporte le décret en date du 25 juillet 1906 par lequel était institué un certificat d'études médicales supérieures.

La réorganisation des études médicales.

Le ministre de l'instruction publique vient de fixer la composition de la Commission extraparlementaire chargée de rechercher les modifications à apporter dans l'organisation des études médicales.

Cette Commission est composée ainsi qu'il suit :

MM. L. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, président ; le professeur Lannelongue, Dubuisson, député, vice-présidents ; Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, secrétaire général ; les professeurs Abelous (de Toulouse) ; Arloing (de Lyon) ; d'Arsonval ; Barth ; Bazy ; les professeurs Bergonié et Bertrand (de Bordeaux) ; le professeur Bouchard ; Brocq ; le professeur Calmette ; Cazeneuve, Chapuis, députés ; les professeurs Charpy (de Toulouse) ; Charrin ; Chautard, président du Conseil municipal de Paris ; les professeurs Cornil, Dastre, Debove, Delaunay (de Poitiers) ; Delorme, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce ; Descoust ; le professeur Dieulafoy ; Dignat ; le professeur Dubar (de Lille) ; Ducor ; Dutard, Faisans, Foveau de Courmelles, Gairal, Gassot, Gley, Glover; le professeur Grasset (de Montpellier) ; le professeur Guignard, Jeanne, Jungfleisch, Labbé ; Lachaud, député ;

Le professeur Landouzy ; Le Gendre, Le Noir, Lepage, Lereboullet, Lucas-Championnière, Magnan ; Malherbe (de Nantes) ; Mesureur, directeur général de l'administration de l'Assistance publique ; Millon ; Mirman, directeur de l'hygiène et de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur ; Navarre, Passerat, Pedebidou, Peyrot ; les professeurs Pinard, Prenant (de Nancy) ; Quénu ; le professeur Reclus ; Rénon, Raymond ; Richard-Lesay ancien président de la Fédération des médecins du Nord et du Pas-de-Calais ; Retillon, Roux, directeur de l'Institut Pasteur ; Paul Strauss, sénateur ; Teissier, Vaillard, directeur de l'Ecole de la santé militaire de Lyon ; Vaquez, Viger, sénateur ; Widal.

MM. Generes et Verwaest sont, par surcroît nommés secrétaires et M. Déborde, secrétaire adjoint de cette commission.

LA CRISE DES SYNDICATS MÉDICAUX

Bien gros mot, va-t-on dire encore !

Non, langage exact et d'une précision nécessaire : rien de plus.

En 1901, prévoyant cette crise, nous avions consacré tout un numéro du journal à l'étude de « l'Avenir des Syndicats médicaux ». Tout ce qui fut écrit à cette époque reste vrai et doit être repris : les difficultés de l'heure présente y ajoutent la force de la démonstration expérimentale.

L'étude ci-dessous comporte donc deux chapitres subordonnés à deux dates : 1901 et 1907.

CHAPITRE I.

Les Syndicats médicaux en 1901

Au commencement de l'année 1901, averti par des lettres et des articles venus de toutes parts, le Conseil de direction du Concours médical fut amené à reconnaître que les Syndicats médicaux, ses fils aînés, souffraient d'un défaut constitutionnel qui leur serait fatal à brève échéance, s'il n'y était porté remède par un régime sévère. Les syndiqués étaient devenus le nombre, mais la cohésion, la discipline, l'organisation, *l'esprit syndical* en un mot, diminuaient dans la même proportion, si bien que, devant les nécessités de lutte et de défense multipliées à l'improviste par l'apparition des lois dites de solidarité sociale (assistance, accidents du travail, etc.), nous restions ou indifférents, ou désarmés, quand nous n'étions pas trahis par les faux frères. Les exposés signés des Dr Salomon, Duchesne, Gassot, Souesmes, Jeanne, Le Menant des Chesnays, etc.; de très nombreuses lettres qui ne furent pas publiées faute de place ; une masse de litiges dont le *Sou médical* se trouva saisi ; les procès-verbaux de nombreuses sociétés ; enfin, l'incident judiciaire de Bourgoin ; tout cela mettait le diagnostic en pleine évidence et imposait l'urgence d'un traitement radical.

Dans son premier procès-verbal de l'année, le Conseil de direction concluait que, si les syndicats médicaux voulaient survivre, ils devaient abandonner au plus tôt leurs statuts sans consistance, pour s'organiser à l'abri d'un pacte sérieux, précis, portant droits et devoirs bien déterminés, et sanctions sévères, en cas de manquement aux engagements librement consentis. — Il ajoutait que, pour en arriver là, on serait peut-être conduit à limiter la zone de chaque syndicat, quitte à rapprocher ensuite les groupements pour des actions communes.

Ces avis furent entendus de divers côtés. Des syndicats locaux, d'une cohésion parfaite, virent presqu'aussitôt le jour, où se transformèrent en un clin d'œil dans ce sens (Noyon, Saumur, Château-Thierry, etc.)

La tâche était beaucoup plus ardue pour un groupement nombreux, de grande surface, âgé de 15 ans et un peu rivé à ses habitudes. Le Syndicat de l'arrondissement de Versailles, quoi qu'il fût en lutte sérieuse avec l'encombrement, sou-

vent gêné aussi par certains inconvénients provenant du voisinage de Paris, et surtout composé de cantons où les intérêts sont très divers, s'offrit courageusement à l'expérience. A son Bureau, aidé d'une commission de six membres, de Me Henri Simon, son Conseil judiciaire, de Me Gatineau, conseil du *Sou médical*, il confia la tâche de trouver et de traduire dans des statuts et un règlement intérieur, la formule de sa constitution nouvelle.

Quelques mois plus tard, notre assemblée générale se trouvait en présence de l'expérience réalisée à Noyon et dans l'arrondissement de Versailles ; le procès-verbal accentue la note ci-dessus donnée.

Les sanctions dans les statuts des syndicats médicaux

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Maurat pour vous entretenir d'une évolution qui semble se produire dans les Syndicats médicaux et d'essais que le conseil de Direction a guidés et encouragés.

M. le Dr Maurat. — Depuis deux ans, mes chers confrères, nous avons entendu des cris d'alarme poussés par un certain nombre de nos Syndicats les plus actifs, par ceux qui veulent vivre dans *l'application* de cette solidarité qui a nom : l'esprit syndical.

« A mesure que grossit le nombre de nos adhérents, « nous disent-ils, la cohésion et la délicatesse confrater- « nelles diminuent dans nos rangs. On vient à nous pour « être soutenu et protégé, parce qu'on a reconnu nos ser- « vices ; on y vient aussi parce que, maintenant, il est « bien porté d'être du Syndicat ; on y vient enfin pour « prendre sa part des débris que nous accumulons en ma- « tière de forfaits et de monopoles. Ceci est correct et hu- « main à la fois, la déontologie et l'intérêt général mar- « chant d'accord, comme nous l'avons si souvent dé- « montré.

« Mais voici où tout se gâte. Un trop grand nombre « de membres, surtout parmi ceux qui n'ont pas frater- « nisé assez au cours des luttes soutenues collectivement, « se montrent très ardents à revendiquer leurs droits « syndicaux, et croient être en règle avec le chapitre des « devoirs... quand ils ont versé la cotisation. Béné- « ficier des sacrifices que s'imposeront leurs co-syndi- « qués pour leur être utiles et agréables leur paraît tout « naturel. Mais s'imposer, en retour, à eux-mêmes, quel- « que obligation envers la collectivité bienfaisante et « protectrice, exécuter au prix du plus léger sacrifice « les engagements librement consentis, s'astreindre « même seulement à ne pas courir après le client du « voisin, à ne pas accaparer ! allons donc, ce serait de la « tyrannie de la part du Syndicat et, de leur part, de la « naïveté !

« Sous l'empire de cette mentalité, vous voyez entrer « aujourd'hui dans nos syndicats des membres qui se « proposent d'y prendre tout ce qui leur plait, et d'y « laisser tout ce qui les gêne. Certains suivent « les séances, votent tout ce que l'on veut, et s'en re- « tournent en se demandant comment ils pourraient « bien pêcher dans l'eau trouble créée par les votes. D'au- « tres, plus malins encore, suivent les opérations du Syn- « dicat par la simple lecture du procès-verbal : ils pro- « fitent de ce que le confrère plus consciencieux s'était « rendu à la séance pour lui voler ses clients tombés « malades en son absence. Nous en connaissons même qui « n'attendent que la décision du Syndicat pour en pren- « dre le contre-pied.... et mettre dans leur poche les bé- « néfices volontairement et noblement abandonnés « par leurs co-sociétaires.

« De ces trahisons, de ces pirateries, indignes de notre « caractère, nait un sentiment de malaise, de suspicion, « de défiance incompatible avec l'action syndicale. Allez « donc marcher de l'avant, vous bureau, vous syndiqué « modèle, quand vous avez les meilleures raisons de croi- « re non seulement qu'on ne vous suivra pas, mais, ce qui « pis est, qu'on vous tirera dans le dos ».

Tel est, mes chers confrères, le langage qui est venu de toutes les directions à nos oreilles et dont le bien-fondé était malheureusement appuyé par de nombreux et irréfutables documents. Et, vous-mêmes, dès l'année dernière, saisis par le Sou médical de l'incident de Bourgoin, vous avez, à l'unanimité, déclaré qu'il fallait extirper ce germe fatal de désorganisation des Syndicats.

Tant qu'on n'aura pas pratiqué cette intervention radicale et urgente, il faudra renoncer aux luttes contre les collectivités, car chacune de ces luttes provoque actuellement les trahisons et annihile ou tue le Syndicat qui l'a entamée. Etre vaincu n'est rien quand on reste uni, car on prépare des revanches ; mais la félonie engendre fatalement colère, découragement, dislocation et inertie quand ce n'est pas la mort sans phrases.

Or, la véritable raison d'être des Syndicats consiste dans l'entente contre les empiètements des collectivités: c'est l'article premier de leur programme, et, pour le remplir, il faut que les intéressés soient unis intimement et sûrs les uns des autres. Longtemps, l'enthousiasme, la foi, la loyauté des syndiqués furent des liens suffisants. Mais la difficulté des temps, l'encombrement, l'assaut violent ou adroit des adversaires groupés, ont provoqué, depuis quelques années, tant de compromissions ou de capitulations individuelles, et porté de si graves atteintes aux beaux sentiments qui nous unissaient, que la cohésion nécessaire dans l'avenir doit être assurée par des garanties plus précises. Votre Conseil s'est occupé de rechercher quelles devaient être ces garanties, voici le résultat de ses longues études :

1° Pour nous, les syndiqués doivent représenter l'élite de la profession, les pratiquants convaincus de la solidarité et de la dignité professionnelles.

2° S'ils se groupent par régions assez limitées pour qu'entre eux les intérêts soient identiques, les solutions à donner aux problèmes quotidiens d'intérêt professionnels peuvent être également uniformes. Une fois qu'elles sont déterminées, adoptées, votées, elles deviennent les articles d'un code dont l'inobservation sans excuse constitue une faute, un délit, punissables comme tout manquement à un engagement librement consenti. Et, comme la garantie du préjudice causé au groupe ou aux membres victimes est parfaitement appréciable pour les adhérents de toute la région, et bien mieux pour eux que pour les tribunaux peu compétents, nous disons que le pacte, le statut du Syndicat doit prévoir, le plus possible, et les délits et les sanctions de chacun d'eux, de sorte que l'adhérent, en donnant sa signature, soit prévenu de ses droits, de ses devoirs, des obligations qu'il contracte, des bénéfices qu'il recherche, des pénalités qu'il encourt.

3° Nous ajoutons que ces groupes locaux ont intérêt à se rapprocher de leurs voisins : 1° pour étendre leur surface d'action commune et traiter avec plus de poids les questions d'ordre administratif, par arrondissement, ou département ; 2° pour diminuer leurs dépenses ; 3° pour unifier dans la mesure possible les formules adoptées par les ententes locales.

En somme, il nous paraît que, si l'on veut obtenir une cohésion réelle, il faut laisser la cellule rechercher ses voisines pour constituer un îlot bien compact et bien homogène, et que, le jour où les affinités ont élargi considérablement celui-ci, il doit savoir, sans se segmenter, sans cesser de faire un tout, émanciper quelque peu telle de ses parties, la placer en avant-garde ou la laisser un peu en arrière, sans perdre son contact, en ne surveillant qu'une chose, le Code en main, la discipline entre les cellules de chaque groupe.

Messieurs, ceci est la théorie. Mais vous savez que le Concours médical s'en contente difficilement. Après avoir rédigé, sous la compétence de Me Gatineau des statuts-types inspirés de ces idées, il a recherché des champs d'expérience pour juger de l'accueil qui leur serait fait et des modifications qu'imposerait la pratique. Le syndicat de l'arrondissement de Versailles, après une longue et prudente étude, vient d'arriver à réunir l'unanimité de ses membres sur notre formule sévère. On ne se trahira plus, on ne se lâchera plus, au cours de la lutte, dans ce Syndicat, sans encourir des amendes importantes (20 fr. à 1.000 fr.), et sans s'exposer même à des poursuites en dommages-intérêts.

Vous lirez prochainement les nouveaux statuts de ce

groupement qui est à cette heure le seul véritable Syndicat médical : vous lirez aussi les procès-verbaux des séances où on les a discutés, et nous avons confiance que les gens d'honneur du Corps médical n'hésiteront pas à entrer dans cette voie, parce qu'ils sont sûrs de ne s'y trouver qu'en bonne compagnie. (*Applaudissements.*)

M. le Dr X... — Vous risquerez fort, avec ces graves sanctions, de ralentir les adhésions aux Syndicats.

M. le Dr Maurat. — Nous risquons même d'en faire sortir des gens qui sont déjà entrés. Mais il faut dans les luttes syndicales la qualité des troupes avant la quantité. — J'aime mieux un ennemi qu'un faux ami (*Bravo !*)

M. le Dr Decourt.—En limitant trop le rayon des groupes locaux qui sont la base de votre organisation, vous rendrez embarrassante l'attitude des confrères qui seront sur les limites de ces groupes.

M. le Dr Maurat. — Nullement. Ils observent à droite les conventions en vigueur à droite, et, à gauche, les conventions adoptées à gauche. (*Très bien, c'est évident.*)

Me Gatineau. — Je voudrais insister sur deux points. Il y a avantage à réunir les groupements locaux en un seul Syndicat, précisément afin que les médecins qui sont aux limites des groupes n'aient pas à payer plusieurs cotisations.

N'oubliez pas, non plus, de bien inscrire dans vos statuts les sanctions que vous désirez voir appliquées, car si vous en laissiez l'appréciation aux tribunaux, vous n'éprouveriez que des mécomptes. Ce serait toujours ridiculement trop ou trop peu : but non atteint, ou but dépassé. (*Très bien !*)

M. le Dr Pontet. — Témoin oculaire de ce qui s'est passé à Bourgoin, je viens rendre hommage au succès de Me Gatineau, et approuver le Concours médical de ses efforts pour dégager la leçon donnée par cet incident. La rédaction du journal sera bien aimable de nous fournir au plus tôt les documents dont a parlé M. Maurat, afin que nous puissions généraliser rapidement le remède.

M. le Dr Jeanne. — Comptez sur notre diligence, cher confrère : la question nous passe trop près du cœur pour ne pas bénéficier de toute notre sollicitude.

Un fait important s'était d'ailleurs produit quelques mois avant.

Le tribunal de Bourgoin, après une brillante et solide plaidoierie de Me Gatineau, avocat-conseil du *Sou médical*, venait de définir les droits du Syndicat à l'égard du syndiqué infidèle à ses engagements C'était la consécration officielle de la légitimité des sanctions inscrites aux statuts du Syndicat de l'arrondissement de Versailles ; on ouvrait la loi nouvelle sur un terrain solide ; le Concours ne lançait pas un appel imprudent.

A partir de notre assemblée générale des échos répondirent de toutes parts à l'appel vigoureusement lancé.

Notre revue, faite quelques mois après, reproduisait bon nombre d'entre eux : Code de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, transformation des Syndicats du Jura, des Deux-Sèvres, de la Creuse, de la Vendée ; création à Lorient d'un Syndicat urbain de cohésion parfaite ; approbations éclatantes formulées dans la presse médicale du Dauphiné, du Sud-Est, du Sud-Ouest.

Mais la pièce de résistance du numéro documentaire que nous adressions alors à tout le corps médical consistait dans l'historique complet, minutieusement détaillé, de l'évolution qu'avait accomplie le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles pour devenir un vrai syndicat médical et servir de modèle dans l'unification rêvée.

Il est plus que jamais nécessaire de lui donner une publicité nouvelle, malgré son étendue, et nous devons nous y résigner.

La réorganisation du Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Le moment est venu, disions-nous, d'enlever tout prétexte aux hésitants et aux timides en leur disant, avec tous détails pratiques nécessaires, comment le Syndicat de l'arrondissement de Versailles a accompli sa métamorphose et quelles sont ses espérances parfaitement fondées pour un avenir très prochain.

On était au mois de juillet, l'année dernière, la commission de révision venait de terminer son travail. Une vingtaine des plus zélés apôtres du Syndicat s'étaient rendus à Poissy où ils invitaient à diner sous les charmilles, au bord de la Seine, quelques excellents confrères de la région, encore non syndiqués et qu'ils voulaient avoir à tout prix dans leurs rangs. Quand tout le monde fut réuni, le Président,(solennel pour un instant), ouvrit la séance par le speech suivant dont il n'avait pas prévu le succès.

L'affiliation au Syndicat est un devoir.

Il fut un temps, pas encore très lointain, où l'on discuta le *droit* pour les médecins de se constituer en Syndicats, et de travailler ainsi à la défense professionnelle, au maintien de notre prestige, à la protection de tous nos intérêts.

Et l'on en discuta beaucoup, d'abord avec le public, puis avec le pouvoir et l'administration. Chose bizarre, c'est dans nos rangs que la controverse se prolongea le plus. Quand la loi eut parlé, on vit s'incliner assez vite tout ce qui nous avait barré la route ; le dernier obstacle rencontré sur notre chemin fut l'attitude dédaigneuse ou défiante, parfois même hostile, des médecins arrivés ou arrivistes, qui trouvaient que nos efforts de solidarité ne les touchaient pas ou prenaient le caractère d'attentats à leurs privilèges.

Mais les évènements ont suivi leur cours, et, sous leur poussée, la nécessité de l'union, qui d'abord, apparaissait aux plus clairvoyants et aux moins fortunés, s'impose aujourd'hui à tous.

Quelques rares sommités résistent encore ; seulement elles ne s'en targuent plus. Loin de là, elles s'en excusent, comme elles peuvent, plutôt mal que bien, disant nous ignorer ou n'avoir pas eu le temps de se faire affilier à nos groupes. De bonnes raisons pour répondre *non* à notre propagande, il n'en est plus donné.

Et pourquoi ?

Parce qu'il n'y en a plus. Finis les cancans absurdes, mortes les légendes idiotes, ridiculement démentis les pronostics qui accueillirent cette nouveauté : des *Syndicats médicaux.* Malgré les défaillances isolées, le mouvement s'est accentué, sagement progressif, merveilleusement fécond dans certaines zones, partout utile ; l'expérience est faite et elle est concluante. C'est à tel point qu'avec raison on suspecte aujourd'hui quiconque s'isole, parce que la preuve est acquise que l'organisation syndicale la plus étroite respecte jusqu'au scrupule les libertés dont chaque syndiqué a besoin, et n'en limite qu'une : celle de mal faire contre la déontologie et la solidarité, c'est-à-dire contre la dignité professionnelle.

On ne trouve plus, chez le médecin rompu à la belle discipline syndicale, le moindre penchant à l'humiliante sollicitation, à l'intrigue, à l'accaparement, aux allures commerciales ; il ne dénigre pas ses confrères, celui-là, sous des phrases savamment calculées, sous des éloges faciles à retourner ; il va droit son chemin, sûr son domaine, respectueux de celui des autres, tolérant à l'égard des infidélités du public, dont il n'accuse pas ses rivaux, et sachant se dire qu'on ne peut prétendre plaire à tout le monde et surtout pendant bien longtemps.

Ainsi s'explique qu'aujourd'hui ce soit un *honneur* d'être membre du Syndicat médical de la région. C'est

le brevet de dignité, délivré par les pairs, par les seuls bons juges en matière si délicate ; et il se trouve toujours que la partie saine du public, celle dont l'estime nous préoccupe avec raison, le confirme à bref délai.

Eh bien ! à cet honneur nous avons le devoir de prétendre. Il faut qu'on sache que chacun de nous lutte avec son Syndicat contre toutes les tendances sociales qui menacent notre rôle si digne ; qu'il ne veut pas pactiser avec les mœurs commerciales, qu'il tient la tête haute devant les potentats locaux, l'oppression des riches et des collectivités ; qu'il ne cédera pas un pouce de ses droits, de ses intérêts légitimes, parce que, dans les époques comme celles-ci, céder c'est ouvrir la porte aux plus désastreuses exigences.

Ne pas être au nombre de ceux qui défendent vaillamment le drapeau, par tous les moyens honorables et légaux, c'est s'assimiler au soldat qui déserte, pendant que ses frères sacrifient tout ce qu'ils ont de plus cher, temps, argent, avenir, santé. Et, s'il s'en trouvait qui aillent jusqu'à combattre contre la phalange désormais sacrée, que pourrait-on dire d'eux si ce n'est qu'ils trahissent ?

N'avais-je pas raison de dire, en commençant, que si l'adhésion au Syndicat fut longtemps un simple droit pour le médecin honorable, elle est devenue aujourd'hui un devoir absolu, inéluctable, si on ne veut pas être discuté ou suspect ?

Il fut convenu que la harangue présidentielle du Dr Jeanne serait envoyée à tous les médecins de l'arrondissement en même temps que le projet de statuts, et que tous seraient invités à venir donner leur avis dans la discussion comme s'ils étaient tous syndiqués déjà. On donnait deux mois à chaque médecin pour se préparer à celle-ci.

Ce que fut l'assemblée générale du 31 octobre 1901, nous le demanderons à cet extrait du procès-verbal qui contient le texte des statuts et résolutions soumis aux votes.

Revision des statuts.

M. le Président. — Messieurs, nous arrivons maintenant à la partie la plus importante de notre tâche. A la séance du 10 janvier dernier, vous avez nommé une commission chargée de reviser nos statuts. Lorsque j'ai proposé le principe de cette revision, j'avais pour but de faire inscrire dans nos articles constitutionnels des pénalités suffisamment graves pour prévenir en cas de besoin certaines défaillances, certaines fautes déontologiques, certaines petites trahisons même, que nous ne devons pas, que nous ne pouvons pas tolérer au milieu de nous, si nous voulons rester unis et forts.

Certain litige soulevé entre quelques-uns de nous à Saint-Cloud, l'affaire de Bourgoin, dont vous avez pu lire et apprécier les résultats, nous ont tous définitivement décidés à agir dans ce sens.

Nous avons fait appel à toutes les lumières, à toutes les compétences : 1° les membres de la commission de la revision des statuts ; 2° d'autres confrères zélés qui sont venus s'adjoindre à nous pour travailler ; 3° le bureau du *Concours médical*, celui du *Sou médical*, qui ont été consultés ; 4° enfin Me Gatineau et Me Simon qui nous ont singulièrement facilité notre tâche, et mis au point nos rédactions.

Munie de tous les documents nécessaires, la Commission s'est réunie une première fois, a discuté article par article, point par point, mot par mot, devrais-je dire, le premier projet de rédaction.

Ce projet modifié et amélioré va vous être soumis sur rapport de M. le Dr Poursain, d'Herblay, qui, au cours de la discussion à laquelle nous allons nous livrer, répondra aux questions et observations, et traduira dans tous les détails nécessaires la pensée de la Commission dont il s'est inspiré.

La parole est à M. le Dr Poursain.

M. le Dr Poursain :

Mes chers collègues,

Sans revenir sur les faits particuliers qui vous ont déterminé à décider la revision de nos statuts, je viens vous présenter l'ensemble des modifications que la commission a cru devoir y introduire, pour donner à ces conventions tout à la fois l'autorité légale nécessaire à leur application formelle, et, d'autre part, l'élasticité suffisante pour leur permettre de s'exercer, sans perdre de leur force, dans les différentes régions qui nous groupent et où les genres variés de clientèles, de collectivités, d'administrations, d'usages locaux, d'étendue, etc., etc., ne pouvaient s'accommoder, sans nuire aux intérêts de certains groupes de confrères, de mesures uniformes et absolues.

Dans la crise que traverse le Corps médical, et devant les exigences croissantes des collectivités dont le nombre s'augmente chaque jour, conformément à un grand phénomène dont l'avenir social n'est plus niable, notre devoir est de nous organiser plus étroitement encore et de neutraliser, par la force de notre propre association, l'exploitation dont nous sommes victimes en cette période de genèse d'un nouvel état économique qui tend à substituer, aux débats des intérêts individuels, les luttes des intérêts collectifs.

La discipline syndicale, seule, peut nous restituer tout ce que nous avons perdu jusqu'ici, par notre isolement individuel en face des Compagnies d'assurances, des mutualités et des différents pouvoirs administratifs. C'est cette discipline que nous tentons de fortifier par ces nouveaux statuts : c'est par l'accomplissement strict et fidèle de nos obligations syndicales que nous réussirons à sauvegarder nos droits et à supprimer les abus dont nous souffrons.

C'est en raison de ces motifs que nous avons cru devoir ajouter aux sanctions primitivement établies des pénalités plus élevées et faciliter davantage nos recherches judiciaires, en cas de manquement grave à ces engagements professionnels. *Nous avons pensé de plus élever encore par ces modifications, le niveau moral du Syndicat, et estimé que tout confrère soucieux de sa dignité professionnelle n'hésitera pas, dans des conditions même sévères, à accepter des obligations auxquelles il sait ne devoir jamais manquer, alors que, par contre, un confrère indélicat, s'il en existait, ne se résoudra guère à prendre des engagements qui l'exposent à des poursuites graves pour ses manœuvres habituelles.*

Dans ces conditions, nous pensons faire du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles une véritable *élite* qui puisse user sans hésitation, ni timidité, non seulement de sa force collective, mais encore et surtout, de son influence morale indéniable aujourd'hui comme dans l'avenir. (*Applaudissements.*)

Voici notre projet pour une constitution nouvelle. (*M. le Dr Poursain donne lecture du texte, en commente le sens et les termes, provoque les objections et y donne réponse avec la plus consciencieuse préoccupation de convaincre et de ne rien laisser dans l'ombre.*)

Après un échange général de vues d'abord, et ensuite une discussion serrée, à laquelle ont pris part MM. les docteurs de Fourmestreaux, Bourgeois, de Grissac, Lécuyer, Pluyaud, Bertillon, Rousseau, Rechner, et la plupart des membres présents, ainsi que le rapporteur et Me Simon, Conseil judiciaire, chacun des articles, rédigé ainsi qu'il va suivre, et ensuite l'ensemble des nouveaux statuts, ont été adoptés *à l'unanimité* des 50 membres présents, qui ont immédiatement apposé leur signature sur le nouveau registre des délibérations, en conformité de l'article IV.

Ont été adoptées, également à l'unanimité, les résolutions qui feront suite aux statuts et qui résument les diverses délibérations d'ordre général antérieurement prises par le Syndicat, délibérations dont la violation entrainerait les pénalités édictées aux articles IX et XIV des statuts.

STATUTS.

Définition. — But.

Article premier. — Sous le bénéfice :

1° De la loi du 21 mars 1884 relative aux Syndicats professionnels ;

2° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

3° Des articles 1142 et suivants du Code civil sur les obligations et leurs sanctions ;

Il est constitué, entre les médecins qui auront adhéré *par signature* aux présents statuts, une Société syndicale : dite : *Syndical médical de l'arrondissement de Versailles.*

Article II. — Son siège social actuel est à Versailles, au domicile de M. le Dr de Fourmestreaux, 69, avenue de Saint-Cloud ; il pourra être changé dans les conditions légales.

Le nombre de ses membres est illimité.

Article III. — Le Syndicat a pour objet :

A. — De maintenir entre ses membres le culte de la dignité professionnelle et des obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports : 1° entre eux ; 2° avec les malades ; 3° avec les collectivités diverses ;

B. — D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application locale des mesures générales de médecine, d'assistance, et de protection de la santé publique ;

C. — De poursuivre par tous moyens légaux, l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les assemblées générales de la Société :

D. — D'assurer la défense des intérêts généraux des médecins de la région, sans porter atteinte à ceux des confrères des régions voisines ou de la famille médicale.

Admission.

Article IV. — Tout médecin muni d'un diplôme donnant le droit d'exercer la profession médicale en France peut être admis dans le Syndicat à condition : 1° de se faire présenter par deux parrains *choisis parmi ses confrères syndiqués de la même localité ou des localités les plus voisines* ; 2° de déclarer, *par écrit*, qu'il a pris connaissance des statuts et des décisions antérieures du Syndicat sur les questions déjà étudiées par celui-ci, et qu'il les accepte; 3° d'apposer sa signature sur un registre spécial.

Il sera statué sur sa demande par l'Assemblée générale qui suivra celle de la présentation de sa candidature et le procès-verbal de la séance sera signé par l'impétrant, par les membres du Bureau, ainsi que par les deux parrains.

Droits. — Devoirs. — Sanctions. — Démission.

Article V. — A partir de ce moment, le Syndiqué entre en possession des droits prévus à l'article VI et contracte les obligations prévues à l'article VII. La démission seule peut le priver des uns et le décharger des autres, *mais pour l'avenir seulement.*

En cas de démission, la cotisation de l'année entière est due au Syndicat.

Article VI. — Les droits du syndiqué consistent dans la jouissance d'une protection aussi étendue que possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint.

Article VII. — Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation de toutes les décisions du syndicat et notamment en matière de :

1° Conduite déontologique ;

2° Interdiction de tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigue, de sollicitation de clientèle, de dénigrement de confrères, d'avilissement d'honoraires, de coalition politique ou religieuse *établie en vue de la poursuite d'un intérêt professionnel*, etc., etc..

3° Concours *spontané* au co-syndiqué menacé ou lésé.

Article VIII. — *Pour certaines questions qui ne peuvent s'accommoder d'une formule d'application unique dans toute la zone du Syndicat, des propositions formulées après entente locale des confrères intéressés, seront soumises à l'Assemblée et ne pourront entrer en vigueur qu'après approbation de celle-ci.*

Article IX. — 1° Les sanctions applicables en cas d'infraction aux statuts et résolutions sont valablement prononcées au scrutin secret, par l'Assemblée générale et à la majorité relative des membres présents, après enquête du Bureau, audition des parties et rapport écrit. Elles peuvent être votées par défaut, si le confrère présumé délinquant, convoqué par lettres recommandées, d'abord devant le Bureau enquêteur, ensuite devant l'Assemblée générale, ne se présente pas ou ne fait pa[s] valoir d'excuse admissible.

2° Toute pénalité appliquée par défaut sera susceptible d'opposition devant l'Assemblée générale dans le[s] trois mois de la signification, soit par ministère d'huissier, soit par lettre recommandée.

3° Ces pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'amende de 20 fr. à 1000 fr., l'exclusion, qui pourra se cumuler avec l'amende.

L'assemblée générale décidera, en outre, s'il y a lieu d'exercer contre le Syndiqué *une action judiciaire e[n] dommages et intérêts*, dans le cas où l'amende ne suffirai[t] pas à réparer le préjudice causé au Syndicat.

L'assemblée générale qui prononce les deux dernières pénalités, amende ou exclusion, ainsi que la poursuite judiciaire, doit comprendre au moins les deux tiers de[s] membres du Syndicat, et pénalité ou poursuite ne pourra être prononcée que par les deux tiers des membres présents.

4° A moins qu'il n'en ait été décidé autrement pa[r] l'Assemblée générale, toutes les sanctions sont inscrites au procès-verbal. Elles peuvent recevoir la même publicité que lui, sans que l'intéressé puisse, de ce chef, exercer une action devant les tribunaux contre le syndic[at] ou son bureau.

5° *La démission ne dégage pas le Syndiqué des responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.*

Administration. — Fonctionnement.

Article X. — Le Syndicat est administré par un Bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'u[n] Secrétaire, d'un Trésorier. et des Syndics dont le nombre correspond à celui des divisions régionales reconnu[es] nécessaires à raison d'un Syndic par région. Bureau [et] Syndics sont élus pour trois ans, au bulletin secret, pa[r] l'Assemblée générale, à la majorité relative des membres présents. Ils sont rééligibles.

Le Président ou un membre du Bureau désigné par l[ui] représente le Syndicat devant les administrations, le[s] collectivités et les tribunaux.

Dans toutes les circonstances graves, et particulièrement dans les enquêtes pouvant aboutir aux votes d[e] pénalité, ainsi que dans les conflits qui pourraient surg[ir] entre confrères, le Bureau, les Syndics et les ancie[ns] Présidents se constitueront en Conseil de famille, s[ur] convocation d'office du président. Leur décision n'au[ra] d'effet que si elle est votée par les deux tiers au moi[ns] des membres présents.

En aucun cas, le vote par correspondance ou par procuration ne sera admis dans le fonctionnement du Syndicat.

Réunions.

Article XI. — Il y aura, chaque année, au moi[ns] deux réunions générales obligatoires. L'une d'elles se[ra] suivie d'un banquet ; à l'autre auront lieu les élections et les versements des cotisations et amendes.

Article XII. — La cotisation annuelle est de 16 fr. entrainant le droit au banquet gratuit et au *Bulleti[n]* contenant les comptes-rendus des réunions.

Article XIII. — Tout adhérent qui ne pouvant assister aux séances obligatoires, s'excusera ou se fera excuser, ne sera tenu qu'à une amende de 1 fr. Cette amend[e] sera de 5 fr. s'il n'a pas pris ces précautions.

Sont seuls dispensés d'amende, en dehors des cas légaux de force majeure, les cas de maladie ou d'accide[nts] graves du Sociétaire, de ses ascendants ou des membre[s] de la famille dont il est le chef.

Les assemblées disciplinaires sont obligatoires et l'absence à ces assemblées comporte une amende de 20 f[r.] sauf les cas de dispense prévus ci-dessus.

Article XIV. — Tout membre qui, après deux rappels recommandés du trésorier, n'aura pas payé ses cotisations ou amendes, sera passible d'une nouvelle amend[e] fixée à 20 fr. Dans tous les cas, cette amende ne pourr[a] être appliquée qu'après convocation devant le Burea[u]. Si le syndiqué ne se présente pas, il tombe sous l'application de l'article IX, sans être pour cela délié d'aucun[e] des obligations statutaires qu'il aura contractées, le[s]quelles ne cessent, pour l'avenir seulement, que par l[a]

démission formelle, comme il est dit à l'article V, ou par l'exclusion.

Article XV. — Le procès-verbal de chaque séance, ou au moins un extrait du compte-rendu, pourra être adressé, dans un délai convenable, après chaque réunion :

1° Au *Concours médical* et au *Bulletin des Syndicats médicaux* ;

2° Aux publications médicales qui soutiennent la cause des Syndicats ;

3° Aux administrations, collectivités ou particuliers qu'auront visés les délibérations. Il sera donné à ces communications la forme que le Syndicat croira la plus utile à ses intérêts et à ceux du corps médical tout entier.

Fonds social.

Article XVI. — Le fonds social est constitué par :

Les dons volontaires ;

Les cotisations annuelles ;

Le produit des amendes ou des indemnités judiciaires et autres ;

Toutes ressources qui pourront être également acquises en observation de la législation sur les syndicats professionnels.

L'emploi en sera fait sous la forme qui paraitra utile aux intérêts des syndiqués ou au corps médical tout entier, sans autres préoccupations que de se conformer aux prescriptions légales.

Article XVII. — En cas de dissolution, qui ne peut être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits au moins, l'avoir de la Société sera partagé entre ses membres actuels, au prorata de la durée de la participation de chacun, ou employé à une œuvre désignée par la dernière assemblée générale.

Résolutions prises par le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles du 26 mai 1887 au 31 octobre 1901 et qui font loi comme les statuts.

1° Assurés, mutualistes, indigents, étant libres de choisir leur médecin, il n'est pas digne de nous et il est contraire à notre pacte syndical d'accepter dans la région le monopole exclusif de ces clients et surtout de les rechercher en les détournant des confrères.

2° Toute fonction de médecine publique ne sera acceptée à l'avenir, à l'exclusion des confrères, que si on l'a acquise par voie de concours ou par élection des confrères intéressés, ou avec leur assentiment.

3° Tout abaissement systématique des prix adoptés dans les ententes régionales est un manquement punissable à nos engagements syndicaux.

4° Il en est de même de tout détournement plus ou moins habilement déguisé des malades de nos confrères.

5° Il est considéré comme un manquement à la règle syndicale de nous servir de la publicité dans les journaux politiques à l'occasion de nos actes professionnels individuels, quels qu'ils soient.

L'assemblée décide, avant de lever la séance : 1° que procès-verbal et statuts nouveaux seront adressés par le bureau à tous les médecins de l'arrondissement, avec une lettre commentant les motifs de l'acte qui vient d'être accompli, et les invitant, de la façon la plus pressante, à s'inscrire sur le registre du syndicat ;

2° Que les statuts entreront en vigueur à l'assemblée d'avril, date du renouvellement du Bureau.

Le procès-verbal fut envoyé à tous les médecins de l'arrondissement avec la lettre suivante dont certains termes étaient faits pour émouvoir sérieusement les dissidents, mais difficiles à supprimer si on voulait traduire la ferme intention de l'unanimité du Syndicat :

Chers confrères,

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles porte aujourd'hui fièrement dans notre région le drapeau de la solidarité et de la dignité professionnelles. Quinze ans de services rendus ont affirmé sa vitalité, garanti sa durée et développé sa bienfaisante action. Ces résultats ne sont plus discutés par personne, et on s'honore d'être dans nos rangs.

Mais noblesse oblige. Nous voulons fermement atteindre le but que se sont proposé les fondateurs, c'est-à-dire grouper, pour l'effort commun, *tous les confrères honorables*, de telle façon : 1° qu'ils soient *tous* et *toujours* puissamment soutenus; 2° qu'on ne nous oppose plus comme une menace l'absence ou l'isolement de tel ou tel estimable praticien ; 3° qu'il n'y ait plus, en un mot, hors de notre phalange, que des braconniers, des pêcheurs en eau trouble, des commerçants dévoyés dans la profession médicale, et incurables en des habitudes qui ne sauraient prétendre à trouver grâce devant notre caractère.

Or, une objection sérieuse et légitime a été faite à votre Bureau, quand il a tenté ce suprême effort près des derniers dissidents :

« Tant que vos statuts, nous disait chacun d'eux, seront aussi élastiques, aussi peu pourvus de sanctions, je ne serai pas des vôtres, quoique j'approuve votre campagne. Et pourquoi ? Parce que je ne veux pas, moi, scrupuleux observateur de la parole donnée, de l'engagement librement consenti, me trouver lié vis-à-vis de concurrents qui pourraient, *sans risques notables*, s'affranchir des obligations contractées à mon égard, et me frapper dans le dos sans que ma conscience me permette de leur répondre. Donnez-moi la sécurité, ou bien je reste chez moi. Je ne veux pas être exposé à des trahisons impunies ».

Ce langage, dans la bouche des très honorables confrères qui le tenaient, et cette défiance, fort naturelle pour des gens d'honneur, ont impressionné vivement le Syndicat. Il a été *unanime* à déclarer qu'il y fallait donner complète satisfaction, et il l'a fait, en adoptant, à l'assemblée générale d'octobre, toujours à l'*unanimité* des 50 membres présents, les statuts ci-joints dont le caractère rigoureux a été voulu et précisé par une étude de plusieurs mois.

Les conséquences de cet acte réfléchi ont été nettement prévues. C'est la porte ouverte à deux battants pour tous les confrères qui, sûrs d'eux-mêmes, entreront là avec des gens de même caractère : mais c'est aussi la porte ouverte, largement, pour la sortie de tout médecin qui se serait fourvoyé dans la maison sans abdiquer des habitudes qui n'y sont pas admises.

Il nous semble que ces derniers seront bien rares, parce qu'ils préféreront consolider une foi chancelante, en la traduisant par des actes, à la nécessité de se faire justice devant les collègues qui ne soupçonnaient pas le trouble de leur état d'âme. Et de même, il apparaît bien que l'admission dans le Syndicat devenant, désormais, *un indiscutable brevet d'honorabilité délivré par les pairs*, tous ceux qui s'en savent dignes viendront le rechercher, certains d'être reçus à bras ouverts, comme des gens qu'on attendait depuis longtemps, et pour l'arrivée desquels on a reconstruit la maison de fond en comble.

Ne deviendraient-ils pas suspects d'ailleurs si, dans ces conditions, ils manquaient au rendez-vous qui sera donné à tous les médecins de l'arrondissement pour l'Assemblée générale d'avril, et dans laquelle le registre d'honneur sera ouvert à toutes les signatures prévues par l'article 4 des nouveaux statuts ?

Nous nous promettons une belle journée, récompense de quinze ans de lutte pour la bonne cause.

Y aurait-il encore des abstentions plus ou moins diplomatiques ? Nous ne nous résignons pas à le croire.

Bien cordialement à vous.

(*Les membres du Bureau.*)

L'extrait suivant du procès-verbal de l'assemblée d'avril 1902 trouve ici sa place ; il continue le récit de l'évolution.

Nous le commençons aux dernières lignes d'un rapport très intéressant lu par le secrétaire, M. le Dr Mignon, et qui eût mérité d'être reproduit en entier, si la place nous l'eût permis.

Séance du 17 avril 1902.

Le Secrétaire. — Malheureusement, chers confrères, tout n'est pas dit, et il reste une ombre au tableau que je viens de vous faire. Certes, tous vos efforts ont été gé-

néralement couronnés de succès. Mais vous savez que dans la lutte quotidienne que le corps médical a à soutenir contre tous les exploiteurs et les ennemis de notre profession, l'arme de combat la plus efficace est l'entente absolue de tous, sans une défaillance, sans une défection.

Et je ne parle pas seulement de l'entente que nous rencontrons toujours dans nos réunions ; je veux parler de cette entente plus profonde et plus réelle qui persiste dans nos cœurs, même quand nous sommes séparés, quand nous sommes rentrés chacun dans notre coin, livrés à nos propres ressources. Il ne s'agit pas seulement de toujours voter comme un seul homme un ordre du jour de défense ou de combat ; il faudra surtout qu'à l'heure où sonne la bataille, quand chacun est à son poste, aucune défaillance, aucun point faible ne puisse se produire qui permette à l'ennemi de nous entraîner ; il faut que chacun de nous, quand il se trouve en lutte avec un adversaire, client, mutualité, compagnie d'assurances, collectivité quelconque, agisse comme s'il sentait braqués sur lui les yeux de tous ses camarades, l'encourageant dans la lutte, le foudroyant dans la trahison.

Si j'emploie de si grands mots, c'est que des faits qui les justifient se sont produits naguère dans plus d'une circonstance où nous n'aurions jamais dû en soupçonner l'existence ; c'est que, parmi nous, quelques-uns ont méconnu l'esprit syndical et ont cru que, quand leur intérêt immédiat était en jeu, l'intérêt général ne comptait pas. Et il ne faut plus que de tels évènements se reproduisent, ou, sinon, c'en est fait de notre prestige, de notre union, de notre force ; nous ne serions plus un Syndicat au sens véritable, au sens légal du mot.

Les évènements auxquels je fais allusion, d'autres encore, comme ceux de Bourgoin, ont décidé votre Bureau à frapper un grand coup.

Trouvant que l'ancien règlement qui nous régissait, malgré plusieurs améliorations, n'était plus en rapport avec les nécessités actuelles, s'autorisant d'ailleurs d'un précédent et des lumières d'hommes très compétents en la matière, tels que Mes Simon et Gatineau, il vous a préparé des statuts presque draconiens, il vous a proposé des sanctions, des amendes, des poursuites même ; il a été l'âme de la commission que vous aviez nommée à cet effet, et quand celle-ci, par la parole de M. le docteur Poursain, son rapporteur, est venue vous présenter les nouveaux articles statutaires, tous, mes chers confrères, sûrs désormais de ne jamais fléchir, de ne jamais avoir à tomber sous le coup des sévères pénalités qu'on vous proposait, à l'unanimité vous avez dit *oui*, nous donnant ainsi l'arme la plus solide, la plus efficace pour vous défendre contre tous vos ennemis du dehors, pour vous sauvegarder *contre vous-mêmes* !

Cet acte, mes chers confrères, marque une date dans l'histoire de notre syndicat, et peut-être de tous les syndicats médicaux. Le vôtre a mis quinze ans à grandir ; il fallait bien que sa majorité, si j'ose dire, fût marqué par une action d'éclat. Grâce à vous, le voilà un homme aujourd'hui ; une nouvelle vie s'ouvre pour lui ; et laissez-moi espérer que si son âge mûr ressemble à son enfance, il nous réservera de grandes choses. (*Applaudissements*).

Règlement intérieur du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

TITRE Ier

Tenue des assemblées

ARTICLE Ier. — Les convocations sont adressées, pour les deux assemblées générales ordinaires, sous pli ouvert quinze jours au moins avant la réunion.

Sont seules portées à l'ordre du jour et ne peuvent être mises en délibéré que :

1° Les questions indiquées par l'assemblée précédente;

2° Celles déterminées par le Bureau ;

3° Celles qui lui auront été soumises avec tous développements nécessaires, avant la réunion ;

4° Celles qui ne remplissant pas les conditions ci-dessus, auraient un caractère d'urgence que le Bureau aura été mis à même d'apprécier avant d'en permettre le développement en séance.

ARTICLE II. — Pour les assemblées extrordinaires, l'ordre du jour est limité aux questions qui ont motivé la convocation.

ARTICLE III. — En entrant dans la salle des réunions, même au cours d'une séance commencée, chaque syndiqué doit venir trouver : 1° le secrétaire, afin de signer sur la feuille de présence et de s'inscrire sur la liste du banquet, s'il le désire ; 2° le trésorier pour acquitter ses cotisations ou amendes et éviter ainsi les frais et pertes de temps et de recouvrement par la poste.

ARTICLE IV. — Toute interruption nuisant au développement méthodique, et utile de la pensée de celui qui parle, il est de règle de s'en abstenir. Chacun doit se faire inscrire pour avoir la parole à son tour, et répondre alors avec la mesure qui convient dans les discussions qui sont purement d'intérêt général.

ARTICLE V. — Tout incident de séance qui prendrait un caractère d'attaque personnelle serait clos immédiatement par le Président, après avis conforme du Bureau et renvoyé d'office au Conseil de famille.

Le Conseil de famille. Son fonctionnement.

TITRE II.

ARTICLE Ier. — Dans le Conseil de famille composé et défini dans ses attributions, comme il est dit à l'article X, doivent être examinés, instruits, arbitrés ou jugés en premier ressort, tous les conflits qui surgissent entre syndiqués.

ARTICLE II. — Les plaintes sont portées, avec toutes preuves et documents précis, devant le président du Syndicat. Il ne serait donné aucune suite à des allégations non appuyées de preuves et basées sur de simples racontars d'intermédiaires qui ne seraient pas prêts à en témoigner sous serment ou par écrit.

ARTICLE III. — Le président, si l'affaire mérite suite, charge aussitôt le syndic du groupe régional intéressé de procéder à une enquête, d'entendre les deux parties si possible, et de lui adresser un rapport écrit dès qu'il aura pu se faire une opinion.

ARTICLE IV. — Au reçu de cette pièce et des documents qui l'accompagnent, le président convoque le Conseil de famille et, pour être entendus devant celui-ci, les confrères en litige. La comparution de ceux-ci a lieu simultanément ou successivement suivant qu'il en est décidé au préalable par le Conseil. Seront convoqués également tous témoins indispensables à la demande des deux parties adressées au syndic enquêteur.

ARTICLE V. — Le Conseil de famille devra toujours tendre à faire accepter son rôle comme celui d'un tribunal d'arbitrage quand il jugera qu'il n'y a pas lieu de faire un exemple pour sauvegarder la discipline syndicale. L'affaire, dans ce cas, ne sera pas portée devant l'assemblée générale, si c'est le désir formellement exprimé par les parties intéressées.

ARTICLE VI. — Dans le cas contraire, la question sera soumise à l'assemblée réunie dans les conditions prévues à l'article XIII des statuts. Rapport écrit y sera lu par un délégué du Conseil de famille ; les parties y seront entendues à nouveau, et les votes seront recueillis et appliqués aussitôt s'ils ont été mis dans des conditions prévues par l'article IX des statuts.

TITRE III

Nos frais de justice.

ARTICLE Ier. — Le trésorier tiendra un compte particulier en recettes des amendes de toute provenance qu'il aura encaissées.

ARTICLE II. — Sur ce compte seront prélevées les dépenses qui auraient été régulièrement effectuées pour le fonctionnement du Conseil de famille. Elles ne seront payées par le trésorier que sur bordereau signé du Bureau tout entier.

TITRE IV.

Réunions régionales.

ARTICLE Ier. — Pour la propagande de nos idées, pour affirmer aux yeux de tous, même du public et des profanes, l'existence et le rôle utile de notre Société, il pourra être tenu des assemblées régionales non obligatoires auxquelles seront convoqués tous les membres du Syndicat et invités les non-syndiqués de la région. Tou-

Demandes et offres (suite)

N° 35. — A vendre moitié prix de leur valeur, plusieurs livres de médecine.

N° 36. — A céder dans ville de l'Ouest clientèle médicale, rapportant 20.000 fr. touchés.

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr V. G. à B. (S.-et-O.) à *Concours*. — Pourriez-vous m'indiquer une maison spéciale dans les départements de la Seine ou de Seine-et-Oise, où je puisse faire placer une de mes malades atteinte d'épilepsie et moyennant une pension annuelle de 6 ou 700 francs.

Vous seriez bien aimable de me répondre par l'intermédiaire du journal si vous le jugez utile ou par la poste.

Dr L. à F. J. à *Concours*. — Abonné au *Concours* j'ai le regret de vous dire que je n'ai pas reçu le n° du 24 février.

En même temps, je vous prie de me faire renseigner sur le cas suivant.

Ayant été appelé par la mère d'une jeune femme mariée pour l'accoucher chez elle, l'ayant visitée plusieurs fois avant l'accouchement toujours chez sa mère, lui ayant donné les soins nécessaires au moment de sa délivranee chez ses parents, dois-je réclamer au mari qui habite Paris, et qui trouve la note trop élevée ou aux parents qui m'ont demandé. J'espère recevoir le n° où paraîtra la réponse et je vous envoie mes remerciements.

Réponse. — En vertu d'un arrêt de la Cour de cassation de 1872, la personne qui convoque le médecin est solidairement responsable des honoraires ; dans le cas présent, vous devez donc poursuivre solidairement la mère et le mari de votre malade.

Dr M. à P. à *Concours*.— Pourriez-vous me renseigner sur le détail suivant concernant la désinfection ?

Il s'agirait de la désinfection de livres ayant pu être contaminés par un tu-

Suite page X.

latitude est laissée au Bureau pour provoquer ces réunions et en fixer l'ordre du jour.

ARTICLE II. — Dans chacun des groupes qui sont ou qui seront créés, le Syndicat pourra spontanément, sur la demande des syndiqués, organiser des réunions régionales partielles où seront préparées les solutions des questions locales.

Les vœux émis dans ces réunions seront transmis au président pour être soumis à l'approbation de l'Assemblée générale, approbation qui *seule* leur donnera force de règlement et d'engagement susceptibles de sanction.

La location de la salle pour ces réunions sera portée au compte de la caisse du Syndicat, ainsi que les frais de convocation déboursés par le Syndic.

TITRE V.

Rapports avec les médecins non syndiqués.

ARTICLE Ier. — Toute installation d'un nouveau confrère dans la zone du syndicat sera signalée au secrétaire par le syndiqué le plus voisin qui suggèrera en même temps les meilleurs moyens de l'amener dans nos rangs. Le syndic de la région recevra alors mandat de visiter le nouveau venu, en suivant les indications qui auront été fournies ; il s'efforcera de lui démontrer les services que nous pouvons lui rendre et de lui indiquer les fautes à éviter.

Jusqu'à ce qu'il se soit prononcé nettement pour ou contre l'entrée dans le syndicat, et tant que, sciemment, il n'aura pas fait acte de concurrence hostile, le nouveau confrère sera traité par ses rivaux avec les mêmes égards que s'il était syndiqué.

ARTICLE II. — La même attitude qu'au 2e paragraphe de l'article ci-dessus sera par nous adoptée envers tout médecin qui, resté en dehors du syndicat, sera d'une absolue correction dans la conduite professionnelle. Mais on devra, de plus, rechercher son concours, son adhésion dans toute campagne d'intérêt général, et s'efforcer de l'amener parmi nous.

ARTICLE III. — Avec tout médecin qui, installé depuis deux mois, n'aura pas visité des confrères voisins, aura refusé en pleine connaissance de cause, à notre délégué, d'entrer dans le syndicat et pratiquera la concurrence au lieu de la solidarité, les syndiqués réduiront les relations professionnelles au strict minimum imposé par l'humanité et l'intérêt des malades. Aucun de nous ne devra accepter d'être son aide, son consultant, ou son collaborateur *d'une façon habituelle*. On indiquera quand on cédera à l'urgence et au sentiment d'humanité, que c'est à l'appel du malade qu'il est répondu et, dans la collaboration exceptionnelle qu'il nous faudra subir, nous bornerons notre attitude à l'absolue correction déontologique.

De plus, contre le médecin mauvais confrère dont il est ici question, le syndiqué pourra être délié par un vote de l'Assemblée générale, de tous les égards et de toutes les obligations que nous observons envers ceux qui font passer la dignité professionnelle avant la concurrence commerciale.

ARTICLE IV. — La dérogation à une prescription des 3 articles précédents est un cas à soumettre au Conseil de famille, afin qu'il y soit mis un terme ou qu'il y soit fait application des sanctions prévues à l'article IX des Statuts.

TITRE VI.

Procès-verbaux.

ARTICLE Ier. — Les procès-verbaux étant publiés avant l'Assemblée générale, ils seront soumis à l'approbation sans qu'il en soit donné nouvelle lecture.

ARTICLE II. — Ils seront envoyés à chacun des médecins de l'arrondissement, au *Concours médical*, à l'*Union des Syndicats*, aux Syndicats qui en feront la demande, et, quand le Bureau jugera utile, à la Préfecture, à telle ou telle administration ou collectivité, à tel ou tel particulier.

ARTICLE III. — Des extraits de ces procès-verbaux, accompagnés ou non de commentaires, pourront être adressés par le Bureau, après approbation de l'Assemblée générale, aux journaux politiques parisiens ou locaux, à condition que ces communications soient dépourvues de tout caractère personnel et revêtent bien uniquement l'allure d'information générale.

ARTICLE IV. — Les procès-verbaux pourront publier à la fin de chaque année : 1° la liste de tous les médecins exerçant dans la zone du Syndicat; 2° la liste de ceux qui sont syndiqués.

Soumis au vote article par article, titre par titre et enfin dans son ensemble, le règlement intérieur est adopté à l'unanimité.

Après avoir rappelé l'encouragement donné à toute cette campagne par l'Union des Syndicats médicaux, nous terminions notre étude de 1902 par des conclusions pratiques que voici.

Comment doit naître et vivre un syndicat médical ?

A cette question que nous posons en titre final, il est aujourd'hui possible de répondre, au nom de l'expérience, d'une façon formelle.

Nous manquerions donc à notre devoir si nous n'exposions pas, en manière de conclusions, à tout ce qui précède, ce qui est acquis, démontré, indiscuté, sur ce point capital, et si nous ne formulions pas en quelques lignes les conseils que doivent au moins écouter ceux qui se préoccupent de la défense de nos intérêts professionnels.

La création d'un syndicat. — L'initiative doit être prise par quelques confrères qui, connaissant bien les questions de défense, lecteurs assidus des journaux qui s'en occupent sans cesse, se savent capables d'incliner toujours de mesquins intérêts professionnels devant un intérêt général qui, le jour où il sera satisfait, compensera le sacrifice passager fait par quelques individus. Si ces confrères exercent côte à côte, le syndicat est fait d'avance, même à la barbe d'un dissident ou d'un indifférent. On vote des statuts comme ceux de Versailles, on choisit un président et un secrétaire, on accomplit la formalité du dépôt, on série les questions générales à résoudre successivement et... on part, fût-on seulement quelques-uns, pourvu que l'esprit de discipline et de solidarité soit absolu.

Deux points sont particulièrement importants à signaler en ce moment :

1° Il faut que toutes considérations personnelles d'âge, de fortune, de decorum, etc..., soient mises de côté dans le choix du bureau. Aux plus compétents, aux plus actifs, aux mieux doués en matière de tact, d'ingéniosité dans la conciliation, d'altruisme, reviennent les rôles de président et de secrétaire, qui doivent être considérés comme des charges bien plus que comme des honneurs, et qui créent un supplément de devoirs sans compensation à rechercher.

2° La présence aux réunions et l'obéissance scrupuleuse à l'esprit des règlements sont de la plus impérieuse nécessité : il faut se défier des sociétaires qui restent chez eux et de ceux qui ont toujours, pour leur usage, une interprétation des textes à proposer.

D'où : nécessité des amendes pour absence et abstention de l'action isolée, hors l'avis du syndicat, dans des cas mal précisés ou imprévus.

La vie d'un syndicat. — Plus encore que dans toute autre groupement, faire vivre un syndicat, c'est le faire *grandir sans cesse* en nombre, en influence, en discipline et en cohésion.

Quand on est parti sur de bons statuts, quand

on a mis dans le Bureau les confrères qui ont le plus des qualités indiquées tout à l'heure, il ne reste, pour atteindre le but, qu'à réaliser ceci : « *Saisir toutes occasions de faire rendre des services, par le groupement, à tous les syndiqués.... et à tous ceux qui ne le sont pas, quoique n'en étant pas manifestement indignes.* »

L'avenir d'un syndicat est assuré :

1° Quand le bureau est assailli de demandes d'interventions émanant des médecins de la région ;

2° Quand toutes ces demandes sont sûres d'obtenir satisfaction aussi grande que possible ;

3° Quand les associés ont perdu toute envie de se faire justice, par eux-mêmes, dans le cas où ils se croient lésés.

Mais il faut viser encore plus loin, plus haut. Pour que le syndicat résiste, au besoin, à certaines crises passagères (grave échec devant une administration, inertie d'un Bureau mal composé, etc....), il faut que chacun des adhérents *l'aime* comme étant sa chose, sa famille. Réunions fréquentes ; banquets obligatoires ; lutte constante pour la propagande ; suppression des monopoles au moins par voie d'extinction et à la faveur des circonstances (lois, décrets, etc...) ; admission des jeunes, dès leur arrivée ou à peu près aux services publics rétribués ou honorifiques ; esprit d'égalité et de fraternité réelles dans les réunions pourtant organisées avec ordre et méthode ; division du travail qui amène chacun à fournir son contingent d'efforts et une collaboration qui l'attache à l'œuvre commune : tels sont les procédés au moyen desquels le syndicat arrive à se faire *aimer*, tout en jouant le rôle difficile de justicier.

Et cela ne suffit pas encore. Car, autour de lui, à côté ou à grande distance, il y a des organisations similaires qui vivent dans les mêmes préoccupations et les mêmes luttes.

Comment rendre celles-ci plus fructueuses, si ce n'est par des accords, des ententes, des alliances permanentes, une fédération véritable faite de toutes les forces agrégées et ainsi opposables efficacement à des empiètements généraux des plus puissantes collectivités ? Voit-on, par exemple, le syndicat isolé d'un arrondissement, d'un département, obtenant à lui seul la modification d'un texte de loi ? Il en bénéficiera pourtant, quand la fédération dont nous parlons l'aura obtenue.

Soutiendra-t-il avec ses seules ressources cette succession de procès onéreux après laquelle disparaît, sous une jurisprudence nouvelle, un grave préjudice judiciaire porté à toute la profession médicale ? Il n'y peut même pas songer.

Eh bien ! supposons que chaque syndicat, réorganisé sous le régime que nous préconisons, réclame à ses membres une cotisation de 30 fr. se décomposant ainsi :

Pour le syndicat lui-même (frais de banquet compris)...	10 fr.
Pour cotisation à l'Union des syndicats.	2 fr.
Pour la cotisation au *Sou médical*......	18 fr.

N'aperçoit-on pas de suite quels services considérables les syndicats ainsi trempés et groupés seraient appelés à rendre sur le terrain qui est bien le leur, la défense vigoureuse, incessante de nos intérêts à tous ?

Nous savons, comme tous nos confrères, la valeur de l'argent. Or, nous ne craignons pas d'affirmer ici, *avec les* 1000 *membres du Sou médical actuel*, que, quand il s'agit de s'assurer contre tous les risques professionnels, de se faire des protecteurs et des amis partout, verser une prime de 30 fr., c'est faire mieux qu'un placement de père de famille, c'est spéculer à coup sûr.

Et nous concluons carrément de cette longue étude :

L'avenir des syndicats n'est que là, à ce prix, suivant cette méthode; et cet avenir, c'est demain, si nous le VOULONS.

CHAPITRE II.

Les Syndicats médicaux en 1907

Au cours des années qui viennent de s'écouler que s'est-il passé ?

Ce que nous avions pressenti et prophétisé : précisons-le bien.

Les syndicats médicaux, comme tous les autres groupements régis par la loi de 1884 et créés pour *l'étude* et *la défense* des intérêts professionnels, en ont fini, ou à peu près, avec la période *d'études*. Celle-ci s'est accomplie par le rapprochement peu réglementé de bonnes volontés se fournissant un mutuel concours, se cherchant et se rencontrant un peu au hasard, échangeant des vues par rapports et discussions tantôt régionales tantôt centralisées ; l'initiative et l'apostolat, l'émulation et les circonstances furent les grands facteurs des résultats acquis.

Et quels sont ces résultats ?

Si l'on rapproche toutes les solutions de ces nombreux problèmes de la vie professionnelle qui se présentèrent à l'étude isolément, au hasard pour ainsi dire, on est conduit à voir du premier coup que le programme de la défense commune par voie syndicale est tracé pour notre corporation d'une facon définitive et bien facile à résumer.

Qu'il soit question de ceci ou de cela, des choses en apparence les plus étrangères les unes aux autres, de rapports avec le malade isolé ou de notre rôle à l'égard de clients que le mouvement social a classés en catégories et mis sous la tutelle de collectivités quelconques, Etat compris, on aboutit toujours à conclure que nos syndicats n'ont à lutter que pour obtenir le respect de ce droit individuel, inhérent à la personnalité humaine, inaliénable même par elle aux jours de la santé, *de s'abandonner en toute liberté et sous la garantie du secret professionnel à l'homme de l'art dans lequel elle a toute confiance. La conséquence immédiate de ce principe est l'établissement du pacte syndical sur ce fondement : suppression des monopoles, de toutes interventions de traitement organisées par des tiers quelconques; dès lors, par répercussion, égalité de droits en matière de soins, de tous les Syndiqués, et refus de concours à des services médicaux créés par les collectivtiés, au mépris du droit absolu de confiance du malade ou du blessé.*

Nos syndicats médicaux n'appuient donc toutes leurs revendications que sur la sauvegarde de la liberté des clients, et leur rôle social prend, de ce fait, un caractère élevé dont nul médecin qui se respecte ne peut se désintéresser.

Le programme théorique étant ainsi bien déterminé, l'heure vient de sonner de passer à la pratique, à l'application.

Nous y sommes d'ailleurs impérieusement conviés par ceux-là même, pouvoirs, collectivités, administrations, etc... dont l'intérêt se dresse en adversaire devant nous, et recherche des conversations pour éviter des guerres généralisées ou de graves coalitions locales. C'est ainsi que la loi-accidents demande, non pas aux médecins isolés, mais à leurs syndicats, de garantir l'application de la liberté de choix du blessé par un tarif limitatif d'abus. C'est ainsi encore qu'un accord depuis longtemps recherché vient de s'établir entre la Fédération nationale des S. S. M. et les délégués de l'Union des Syndicats médicaux.

C'est ainsi enfin (pour nous en tenir aux seules grandes questions) que le Ministre de l'Instruction publique demande à cette heure à nos grands groupements de lui faire présenter leurs candidats à la Commission extra-parlementaire de la réforme des études médicales.

L'action défensive commence donc de toutes parts, ou, plus exactement, est déjà commencée.

Dès lors, le temps n'est plus aux palabres académiques, aux vœux sans consistance : ce qui s'impose, c'est la discipline, la loyauté, la conformité des actes aux paroles et aux engagements, l'abandon des privilèges sur l'autel de la solidarité générale ; tous nos groupements le proclament.

Mais tous ne le pratiquent pas.

Nous constatons bien l'adoption de plus en plus fréquente de statuts franchement égalitaires, adversaires de tous monopoles, du genre de ceux sous lesquels vivent si cordialement et si activement les Syndiqués de l'arrondissement de Versailles.

Nous constatons aussi que tous les Syndicats qui se sont placés sous ce pacte sont devenus les plus ardents à la défense, les plus pratiquants, les plus attentifs aux mots d'ordre de l'Union sans pour cela manquer d'initiative propre ; exemple : Deux-Sèvres, Vendée, Sarthe, Creuse, etc..

Par contre, et ceci résulte de nombreuses conversations avec les médecins de province présents à nos récentes assemblées générales, les résultats obtenus par les Syndicats qui vivent, sans programme, sous des statuts imprécis et dépourvus de sanctions, ne donnent pas satisfaction à leurs adhérents. Ceux-ci s'en désintéressent parce qu'ils y voient les fondateurs défendre bien moins l'intérêt général que leurs propres situations acquises, ce qui n'est pas besogne syndicale et flatte, au contraire, le goût des monopoles affiché par l'État et toutes les collectivités adverses. Les jeunes confrères qui arrivent dans la zone de ces Syndicats ne voient que lisières à éviter sous ce régime, qui devrait pour eux se traduire par cette formule : « Puisque vous êtes venus, agrandissons le cercle et prenez part aux bénéfices. » Conclusion de cet état de choses : le débutant n'a plus que la ressource de pratiquer la lutte individuelle pour l'existence et de conquérir en dehors du Syndicat, contre lui le plus souvent, à cause de sa fausse déontologie, cette part du gâteau qu'on eût pu lui tailler amicalement par un minuscule sacrifice demandé à chaque syndiqué.

On nous cite un certain nombre de groupements où les choses se passent ainsi, et d'une facon presque cynique. Il va sans dire que ces groupements sont presque tous urbains, parce que c'est là que se créent les fixes, les monopoles, les fonctions rémunérées par médailles et rubans, les prébendes politiques, les services publics réservés aux concours quelconques, tout cet arsenal constitué pour nous fonctionnariser et faire en même temps de chaque malade qui nous arrive un numéro du régiment confié à nos soins.

Eh bien, ceux d'entre nous qui se taillent ainsi, aux dépens de leurs confrères, une part privilégiée du domaine commun à tous, sont-ils fondés à se syndiquer avec leurs victimes et à demander à celles-ci de défendre leurs monopoles ?

Cette conception du pacte syndical n'est-elle pas absolument folle? N'est-elle pas la négation même de la raison d'être de nos syndicats médicaux ? Ne nous met-elle pas dans la plus ridicule posture vis-à-vis du public, de tous les adversaires de notre profession, et surtout des jeunes camarades qui, tout naturellement imbus des idées égalitaires et démocratiques, ne peuvent pas nous voir sous un autre aspect que celui de pontifes uniquement préoccupés de conserver leur temporel particulier sans souci du spirituel qui est, en l'espèce, l'intérêt général des malades confondu avec l'intérêt général des médecins ?

Et faut-il s'étonner après cela que nos syndicats ainsi conçus se généralisent peu, vivent ce que vivent les roses, ou végètent misérablement dans la serre constituée par les intérêts particuliers de quelques camarades ou par l'abnégation de quelques apôtres désintéressés ?

C'est miracle que le dévouement de quelques centaines d'entre nous ait entretenu façade suffisante au syndicalisme médical pour lui permettre d'obliger les pouvoirs publics à compter avec lui. Mais qu'arrivera-t-il quand ces dévoués quitteront la brèche ?

Les Syndicats, même les plus nombreux, tomberont, disparaîtront, s'ils persévèrent dans la voie actuelle, qui mène à la faillite de leur programme et à la fonctionnarisation professionnelle.

Il est grand temps de penser à l'avenir et de remédier aux maux dont souffrent nos chers groupements, et que nous voyons grandir à mesure que l'état social se modifie. C'est la préoccupation de tous les confrères avisés : il y a lieu de modifier notre organisation syndicale par une évolution rapide, et sans chambardements révolutionnaires, de la constituer pour l'*action* et non plus seulement pour les *parlottes*.

Et que faut-il pour cela ?

1° *Doter chaque groupement d'un pacte égalitaire et inviolable couvrant des intérêts bien semblables ;*

2° *Fédérer méthodiquement les Syndicats reconstitués sur ces bases.*

Nos lecteurs savent qu'une Commission de l'Union des Syndicats, donnant satisfaction aux projets présentés par la Fédération du Sud-Est, par la Fédération du Nord et du Pas-de-Calais, par M. le Dr Charbonnier (de Caen), prépare la solution de la seconde partie du problème et compte en présenter au moins l'esquisse au Congrès des praticiens, d'après les idées générales contenues dans l'article suivant.

De la nécessité d'instituer une commission d'étude pour l'organisation des fédérations médicales régionales.

Dans un précédent travail, nous avons établi d'une manière nette et précise, croyons-nous, qu'il y avait

lieu de remanier notre organisation syndicale actuelle et de créer notamment, entre les Syndicats et l'Union de France, un rouage intermédiaire essentiel, les Fédérations régionales. La nécessité de cette création des Fédérations nous a paru s'imposer, pour les raisons que nous allons rappeler succinctement :

1° *Cohésion des Syndicats.* — Les rapports fréquents entre présidents de Syndicats et entre confrères de la même région permettront d'obtenir la cohésion régionale et ensuite, par le moyen des Fédérations, l'adhésion générale des Syndicats à l'Union centrale, c'est-à-dire la véritable cohésion nationale.

2° *Mobilisation des Syndicats.* — Le Corps médical pourra, le cas échéant, mobiliser rapidement ses forces pour tenir tête à ses adversaires et faire prévaloir ses revendications. Un mot d'ordre parti de l'Union centrale, transmis aux secrétaires des Fédérations régionales, suffira pour mettre en mouvement les Syndicats et recueillir en peu de temps leurs réponses.

3° *Création des Syndicats.* — Les Bureaux des Fédérations s'efforceront de faire éclore des Syndicats là où il n'en existe pas encore. Les régions du Nord et du Sud-Est, qui sont le siège de Fédérations, sont celles où le nombre des Syndicats a acquis le plus de développement.

4° *Vitalité des Syndicats.* — L'organisation régionale maintiendra la vitalité des Syndicats de départements ou d'arrondissements, grâce à des réunions périodiques qui fourniront aux présidents et aux délégués l'occasion de rechercher en commun tout ce qui peut favoriser et développer l'action syndicale.

5° *Propagande syndicale.* — Elle est absolument insuffisante à l'heure actuelle. Dans le *Bulletin de l'Union* du 30 avril 1905, le Dr Noir dit : « L'esprit de solidarité n'existe pas chez un grand nombre de membres du Corps médical. Nous espérons, certes, le voir se développer ; mais il y a vingt-cinq ans que le *Concours médical* le demande ; il y a vingt ans que l'*Union des Syndicats médicaux* le prêche aux praticiens français avec de bien lents succès ; le plus souvent, « *vox clamat in deserto* ». Il appartiendra donc aux Bureaux des Fédérations de compléter cette propagande.

6° *Intérêts régionaux et généraux.* — Si les Fédérations régionales doivent avoir en vue particulièrement les intérêts régionaux ; tarifs de la clientèle ordinaire ou mutualiste, lois sur la protection de la santé publique, les accidents du travail, l'assistance médicale gratuite, etc., elles ont cependant fait preuve aussi d'esprit d'initiative et de combativité dans les questions d'intérêt général. Ainsi, nous rappellerons l'intéressante campagne entreprise contre l'encombrement médical par un de nos confrères de Lyon, membre du Comité directeur de l'Union du Sud-Est, et la campagne contre le Certificat médical « supérieur », inspirée et si vigoureusement menée par un autre de nos confrères de la Fédération du Nord.

A l'assemblée générale de l'Union, à laquelle nous assistions comme invité, nous avons eu le regret de constater que plusieurs de nos confrères présents avaient mal interprété notre pensée, faute sans doute d'avoir suffisamment approfondi notre projet. On nous a prêté des idées subversives, alors que nous étions parfaitement d'accord (du moins nous croyions l'avoir assez explicitement exposé dans notre dernier rapport) avec l'Union des Syndicats médicaux de France sur les points suivants : 1° nécessité du maintien de l'Union centrale actuelle, qui resterait le pivot de l'organisation syndicale pour traiter des questions d'intérêt général ; 2° rattachement statutairement obligatoire à l'Union centrale des Fédérations régionales existantes ou à créer ; 3° conservation du « statu quo » actuel dans l'organisation de l'Union des Syndicats médicaux de France jusqu'au moment où celle-ci, assurée du bon fonctionnement et de l'affiliation des Fédérations régionales, se trouverait naturellement conduite à opérer dans ses statuts les quelques remaniements imposés par le nouvel état des choses.

Ce que nous appellerons simplement un malentendu ne se serait pas produit, nous en avons eu la conviction, s'il avait été procédé comme nous l'avons demandé et comme cela se passe dans toute Assemblée générale, quelle qu'elle soit : avant d'être soumis d'emblée au vote de l'Assemblée générale de l'Union, le projet des Fédérations devait être d'abord l'objet d'une étude réfléchie, faite par une Commission nommée à cet effet. Chacun sait qu'une proposition importante ne peut être discutée dans une Assemblée générale, *ex abrupto*, avec l'impartialité et le sang-froid nécessaires. D'ailleurs, notre intention n'était pas de faire adopter immédiatement une modification aussi profonde de l'organisation des syndicats.

La Commission qui eût dû être nommée aurait entrepris la tâche de faire une enquête (elle avait une année devant elle), de façon à se rendre compte : 1° si un certain nombre de Syndicats déjà adhérents à l'Union n'étaient pas disposés à se rallier à notre projet ; 2° si les Syndicats non adhérents n'auraient pas pas été amenés à donner leur adhésion, sous la condition de cette réorganisation.

Il y a intérêt pour l'Union et pour notre corporation à instituer cette Commission d'études, qui serait composée de membres de l'*Union*, du *Concours* et de confrères choisis dans chacune des régions intéressées parmi ceux qui paraissent désignés comme connaissant bien les questions d'intérêts professionnels. C'est ce que nous persistons à demander, convaincus que nos idées sont partagées par un grand nombre de nos confrères.

Dr Bolliet.

Après cette déclaration de principe faite par le représentant le plus autorisé de la Fédération du Sud-Est, déclaration qui concorde parfaitement avec les idées émises par les médecins fédérés du Nord, nous avons la ferme conviction que tout malentendu va se dissiper et que nos confrères de l'Union des Syndicats n'ayant plus à rechercher « les idées que nous avons derrière la tête », accepteront de *mettre à l'étude* cette organisation plus méthodique des Syndicats médicaux, destinée à *mieux* coordonner et synthétiser les forces défensives des praticiens, à susciter la création de syndicats là où il n'en existe pas, et à stimuler le zèle de ceux, trop nombreux, qui somnolent.

Notre confrère et ami, le Dr Bolliet, dit que son intention « n'était pas de faire adopter immédiatement une modification *aussi profonde* de l'organisation des syndicats ».

Tout se bornerait, selon nous, *non à une modification profonde*, mais à un simple remaniement de quelques articles des statuts.

En effet, si on étudie le projet du Dr Bolliet, il est facile de voir que le Bureau actuel reste, *en droit*, tel qu'il était.

Quant aux membres du Conseil d'Administration résidant en province, et qui sont au nombre d'une trentaine, ils représenteraient les Fédérations de Syndicats, au lieu d'être, comme aujourd'hui, les mandataires de leur seul groupement.

Le 18 novembre 1906, au banquet de l'Union et du Concours médical, j'avais pris place à côté d'un

confrère de Marseille. — Quel ne fut pas mon étonnement d'apprendre que, dans cette grande ville, le Syndicat médical n'existait que sur du papier, et que cette province si exubérante du Midi était encore à s'émouvoir pour le futur congrès des Praticiens.

Or, dans le Conseil d'administration de l'Union, figurent les noms de deux confrères de la Provence, les docteurs Reynès (de Marseille), et Bermondy (de Nice), dont nous connaissons tous le dévoûment à la cause professionnelle.

Leur action va s'exercer sur leurs syndicats respectifs. Au contraire, s'il existait là-bas une Fédération de Syndicats comprenant, *comme l'indique le projet Bolliet*, les Bouches-du-Rhône, les Basses-Alpes, les Alpes-Maritimes, le Var, le Vaucluse, et la Corse, un mot d'ordre de ces délégués suffirait pour mettre en branle tous les syndicats de la région, et provoquer un mouvement d'ensemble comme il s'en produira dans notre Fédération du Nord.

C'est une lacune qu'on pourra constater un peu partout, et c'est là qu'on pourra toucher du doigt la supériorité des régions où les Syndicats sont unis par les liens de la Fédération.

Le Congrès sera, sans contredit, un gros succès ; il serait un triomphe si, grâce à une organisation telle que celle que nous préconisons, l'Union centrale n'avait qu'à transmettre le MOT D'ORDRE aux secrétaires des Fédérations régionales pour mettre en mouvement tous les syndicats de France et recevoir en peu de temps leurs réponses. »

Dr LAMBIN.

On va donc marcher et aboutir de ce côté.

Mais les difficultés à vaincre pour réaliser l'autre partie du programme, *transformation de chaque groupe*, sont autrement grandes, quoiqu'il soit encore plus urgent de le faire.

Le Syndicat de la Seine, conçu d'après la formule statutaire qui suffisait à la *période d'études*, a dû entrer depuis quelques années dans la *période d'action défensive*. Or, après mille malentendus qui ne sont que l'expression d'une incompatibilité fatale entre le régime des études théoriques et la discipline nécessaire pour les luttes, son Conseil d'administration, composé presque à parties égales de partisans de l'ancien système et de pratiquants du régime d'action, a démissionné en bloc pour demander l'opinion des Syndiqués par deux programmes et deux listes en présence.

L'article suivant du *Progrès médical* définit nettement la situation.

Le libre choix du médecin par le malade au Syndicat des Médecins de la Seine

Un conflit, survenu au Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, a déterminé les membres de ce Conseil à donner leur démission collective et à soumettre à une prochaine Assemblée générale, avec deux listes différentes et homogènes, le choix entre deux orientations directes de l'action syndicale.

Dire qu'un fossé profond sépare les deux camps adverses serait tomber sans doute dans une réelle exagération, et, avec un peu de bonne volonté de part et d'autre, de faibles concessions et le sacrifice de quelques antipathies personnelles, on eût pu facilement éviter le conflit. Mais, dans le Syndicat, comme dans les partis politiques et les sectes religieuses, il est des gens qui ignorent la douce tolérance, et ne peuvent souffrir, sans une vive irritation, d'être contredits. Pour eux, discuter est synonyme de se disputer et, pour peu qu'ils rencontrent en face d'eux des adversaires qui refusent de céder, la discussion s'aigrit et la guerre est déclarée.

Le seul point important sur lequel, à l'heure actuelle, l'opinion des membres du Syndicat est divisée est l'*application* du libre choix du médecin par le malade.

Ce principe, tout le monde est bien obligé de l'admettre aujourd'hui. C'est la seule plateforme solide qui peut servir d'appui à une action syndicale des médecins. C'est le seul moyen d'éviter la fonctionnarisation menaçante du praticien. C'est le lien le plus étroit qui lie l'intérêt médical bien compris à l'intérêt public.

Les hommes politiques de notre époque n'ont cessé de proclamer certaines libertés intangibles ; c'est la liberté individuelle, la liberté de conscience, la liberté de la presse, la liberté de réunion, que savons-nous encore. On est allé jusqu'à prétendre qu'un citoyen, même volontairement, ne pouvait avoir le droit d'aliéner sa liberté ; on s'est, croyons-nous, appuyé sur ce principe pour condamner les congrégations religieuses. Et cependant, personne ne s'est insurgé jusqu'ici contre cette violation monstrueuse du droit le plus sacré de l'homme, celui de disposer de sa personne malade, et de n'autoriser que celui qui a sa confiance à lui donner des soins, à disposer de sa santé et de sa vie, de celle de sa famille et de ses enfants.

Partant, en fonctionnarisant la médecine, on a porté atteinte à cette *liberté de confiance* que les syndicats médicaux de France ont eu le grand honneur de revendiquer comme le plus absolu de leurs principes.

Ce sont les grandes administrations publiques et privées qui ont, sous prétexte de services médicaux gratuits, imposé le médecin officiel à leurs employés; ce sont les compagnies d'assurances, c'est l'assistance publique, c'est la mutualité. Et les bons citoyens de France, qui ont versé leur sang pour la conquête de libertés dont ils n'ont jamais su jouir, n'ont jamais songé jusqu'à présent à se révolter devant la violation de ce qu'il y a de plus intimement délicat dans la liberté individuelle, la liberté de confiance, la liberté de choisir son médecin.

Lors de l'application de la loi sur l'assistance médicale, les Syndicats médicaux obtinrent peu à peu, dans la moitié de la France, le libre choix du médecin par l'indigent. Ils arrivèrent petit à petit à persuader des avantages de ce système libéral de nombreuses sociétés de secours mutuels. Vint la loi sur les accidents du travail, et après une mémorable campagne à laquelle s'attache le nom du Dr Diverneresse, les praticiens syndiqués firent inscrire dans la loi la liberté du blessé de choisir son médecin.

Le libre choix est donc admis partout, en principe. Il ne reste plus qu'à en généraliser l'application et c'est sur ce point que les divergences commencent au Syndicat des médecins de la Seine.

A Paris, et au Syndicat de la Seine, tout médecin est peu ou prou fonctionnaire, il émarge au budget. Chacun tient à ses petits monopoles et à ses privilèges ; beaucoup craignent qu'en demandant la généralisation du libre choix du médecin, on ne les prive d'une petite part, bien dure cependant, du gâteau administratif. Que voulez-vous ? en petits bourgeois égoïstes, nombre de nos confrères trouvent que la nuit du 4 août n'est plus de saison. On a beau leur dire qu'un millier de médecins syndiqués ne peuvent bouleverser le monde, que la stabilité bureaucratique est un sûr garant de la solidité de leurs fonctions, qu'il faudra de longues années pour détruire ces bastilles

modernes, et cela pierre par pierre, que l'essentiel est, dans l'intérêt de tous, d'en empêcher de construire de nouvelles, et d'éviter qu'on étaye celles qui s'effondrent ; qu'au demeurant ils auront plus à gagner qu'à perdre avec la disparition progressive des fonctions médicales, ils ne veulent rien entendre.

Ils proclament que « la solution du problème est question d'espèce, délicate par excellence » et ils la trouvent tellement délicate qu'ils l'ajourneraient volontiers au siècle suivant. Après eux, le déluge. La moindre velléité d'action syndicale les effraye, ils parlent de luttes de classes entre les médecins, comme s'il devait y avoir des classes entre gens qui s'appellent confrères. Vivant dans un continuel cauchemar, ils voient déjà en songe des bandes de médecins faméliques se ruant à l'assaut des prébendes qui, hélas ! ne les engraisseront jamais. C'est que beaucoup, parmi nos confrères, ont hérité du vice constitutionnel qui a abâtardi en France toute la petite bourgeoisie. Incapable d'initiative individuelle, d'énergie, de travail fécond, le petit bourgeois cherche de plus en plus à remplir une fonction de l'Etat. Elle sera ridiculement rétribuée, cette fonction, mais il n'aura pour la remplir aucun effort à faire et, pour le lendemain, un morceau de pain lui sera assuré. Nous verrons, le 17 mars, à l'assemblée du Syndicat des médecins de la Seine, si la majorité des médecins syndiqués est douée de cette pusillanimité qui rend toute organisation syndicale stérile et illusoire.

J. Noir.

Comme il y aura là, quelque puisse être le résultat de la consultation électorale, une expérience intéressante pour tous les grands Syndicats, nous publions les professions de foi et les listes qui nous sont parvenues à cette heure.

Aux membres du Syndicat des Médecins de la Seine

Paris, le 9 février 1907.

Messieurs et chers collègues,

Des circonstances graves nous ont amenés à donner notre démission de membres du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, auquel votre confiance nous avait appelés. Dans ces conditions, c'est un devoir pour nous de vous rendre compte des motifs de notre détermination et du programme que nous défendrions si vos suffrages se portaient encore sur nous lors de l'Assemblée générale qui va être réunie dans le délai d'un mois.

La dernière Assemblée générale a fait connaître d'une façon très nette ses idées au sujet de la direction à imprimer au syndicat. Elle s'est prononcée formellement contre l'intrusion de la politique dans son sein, contre l'accès à la Bourse du travail, contre la candidature officielle. Elle a fait comprendre au Conseil d'administration que les statuts étaient faits pour être respectés et qu'il était temps de rentrer dans la légalité.

A la suite de ces vœux, il fallait se soumettre ou se démettre.

Il n'y eut pas de démisions, et pas davantage de soumissions, de telle sorte que, depuis lors, les séances du Conseil d'administration ont été à peu près exclusivement occupées par des discussions entre les conseillers animés de l'esprit nouveau, et les autres. Cette situation ne saurait se prolonger sans menacer gravement les intérêts du Syndicat ; aussi, à l'unanimité, le Conseil d'administration a décidé de démissionner, ce qui permettra à chaque parti de se présenter devant les électeurs avec son programme, sa liste de candidats, son projet de statuts.

Notre programme est bien simple et connu de tous depuis longtemps, car c'est le programme traditionnel de notre Syndicat, programme si bien condensé dans la formule de notre président d'honneur Jamin : « *Optima medicorum concordia* ». Nous ne sommes pas de ceux qui jugent dans les termes suivants l'œuvre de nos prédécesseurs :

« Pensez-vous, au contraire, qu'il faille nous en tenir, comme par le passé, à une vague protection de tel intérêt lésé en la personne d'un ou deux de nos sociétaires, à des services qui n'ont rien d'essentiellement syndical, à des études non suivies d'application, à des votes et à des décisions qu'on oublie, sans nul inconvénient, en rentrant chez soi, pour agir ensuite, dans son propre intérêt, à l'abri de toute sanction et toute pénalité. »

Nous protestons contre ce jugement porté par les collègues dont nous nous séparons contre l'œuvre de nos devanciers, car nous désirons suivre la voie qu'ils nous ont tracée et apporter comme eux notre contribution à l'œuvre de défense professionnelle qu'ils ont réalisée.

Nous voulons la *réforme des études médicales*, rendues plus pratiques, et ayant pour conséquence le rejet de tout diplôme supplémentaire portant atteinte aux droits conférés par le diplôme de docteur en médecine.

Nous voulons le *libre choix du médecin par le malade*, mais en reconnaissant très franchement, très loyalement, que la solution du problème est question d'espèces, délicate par excellence, et en déclarant que nous sommes irréductiblement opposés à la guerre de classes qui, contraire à la devise et à la charte de notre Syndicat, serait la ruine de notre corporation.

Nous lutterons *contre les empiètements de l'administration* qui tend, trop souvent, avec l'aide du législateur, à faire du médecin un fonctionnaire, et *contre les tendances des mutualistes, qui enserrent le médecin dans des tarifs de famine.*

Nous n'estimons pas que la question de la Bourse du travail est simplement affaire d'opportunité. Nous déclarons que pour nous elle doit être *définitivement écartée.*

Nous ne pensons pas que le choix des membres du Conseil d'administration doit se baser sur les relations personnelles des candidats avec les gens au pouvoir — quel que soit ce pouvoir — et avec les grandes administrations ; nous croyons, au contraire, qu'il doit se faire exclusivement d'après les services rendus au Syndicat.

Si vous nous donnez votre confiance, entre nos mains le Syndicat n'ira ni à droite, ni à gauche ; il suivra la ligne droite, c'est-à-dire s'abstiendra de toute orientation politique.

Nous repoussons aussi la théorie qui veut donner au Conseil le droit de présenter certaines candidatures de préférence à certaines autres. Nous repoussons, en effet, la candidature officielle aussi bien que la candidature politique.

Nous ne voulons pas qu'on fasse de notre Syndicat un de ces Syndicats où l'individu abdique sa volonté entre les mains du bureau et est frappé d'amendes à la moindre velléité d'indépendance. Nous voulons conserver à notre Syndicat son esprit large et ses traditions de liberté et d'indépendance qui ont toujours été, sous tous les régimes, l'honneur de notre profession.

Nous voulons que les séances du Conseil d'administration soient publiques, pour que les électeurs puissent se rendre compte de la façon dont leurs élus travaillent et s'occupent de leurs intérêts.

Nous désirons l'arbitrage obligatoire pour tous les membres du Syndicat dans toutes les questions professionnelles.

Nous voulons la création d'un Conseil de famille, composé des anciens présidents, pour procéder à cet arbitrage et faire le rapport sur lequel devrait se baser toute demande d'exclusion ou de démission d'office.

Nous voulons réduire au minimum le nombre des membres du Conseil pouvant être réélus au bout de trois ans d'exercice, de façon à empêcher les mêmes personnes de s'éterniser dans leurs fonctions. Dans un Syndicat il ne doit pas y avoir d'hommes indispensables. L'éligibilité indéfinie finit par fausser les meilleurs esprits, qui en arrivent à se croire les maîtres, alors qu'ils ne sont que les serviteurs de la collectivité.

Nous voulons faire une part de droit à nos confrères suburbains dans la répartition des places de conseillers.

Nous voulons que les délégués d'arrondissement soient désormais nommés par les syndiqués de chaque arrondissement, et non par le Conseil — ce qui est fausser le rouage. Nous désirons qu'ils assistent aux séances du Conseil d'administration avec voix consultative.

Nous demandons également que les représentants de notre Syndicat à l'Union des Syndicats médicaux soient nommés non par elle mais, par notre Assemblée générale à laquelle chaque année les délégués rendraient compte de leur mandat.

En somme, notre programme est celui de nos devanciers, modernisé suivant les évolutions sociales.

Les Conseillers démissionnaires :

MM. Billon
Foveau de Courmelles
L. Gourichon

MM. Granjux.
Ravanier.
L. Renon.

Aux médecins praticiens syndiqués de Paris et du département de la Seine.

L'origine d'un conflit

Chers Confrères,

A la veille de la dernière Assemblée générale, des dissentiments se sont produits au Conseil de notre Syndicat. Le désir très sincère de beaucoup d'entre nous de maintenir l'union quand même, a laissé régner à l'Assemblée la plus complète incohérence.

On y a vu un des vice-présidents du syndicat se mettre à la tête d'un groupe d'opposition et protester contre ses collègues, qualifiant d'*officielle* une liste de candidatures,sur laquelle il acceptait une place, et à la confection de laquelle il avait pris part, comme du reste chaque année, et cela simplement *parce que deux candidats de son choix n'avaient pas obtenu l'agrément de ses collègues.*

On a vu cette opposition, ramassant des « *on-dit* » nous ne savons où, pour s'en faire des armes, reprocher au Conseil des actes qu'il n'avait jamais commis (ingérence de la politique dans le Syndicat), et des démarches faites pour obéir à un ordre formel de l'Assemblée générale de 1905 (ordre du jour du Dr Bourdin, demandant de s'enquérir de la possibilité d'admission du Syndicat à la Bourse du Travail).

Cependant, jusqu'à la veille de l'Assemblée générale le chef du groupe d'opposition n'avait fait entendre au Conseil la moindre protestation.

L'Assemblée générale, ne comprenant rien à ces discussions violentes et diffuses, ne voyant là qu'une querelle entre collègues, et ne voulant suspecter sans doute la bonne foi de personne, vota à la fois pour tout le Conseil sortant et les trois candidats dits protestataires.

Elle espérait, et certains d'entre nous avec elle, qu'après quelque réflexion, le calme renaîtrait, que les nouveaux élus, s'inspirant de leur seul devoir, celui de travailler dans l'intérêt général, sauraient oublier les froissements d'amour-propre.

Il n'en a rien été.

Sur la proposition de l'un de nous (le Dr Noir, vice-président), lassé de querelles interminables que suscitaient constamment la rédaction des procès-verbaux et l'interprétation des statuts, le Conseil entier a donné sa démission et a décidé d'en appeler à une nouvelle assemblée générale.

On a affecté de croire qu'il s'agissait dans ce conflit d'une simple explosion d'antipathies personnelles, d'une misérable question d'intérêts privés, manifestés au détriment des intérêts généraux des praticiens dont vous nous aviez confié la défense.

Nous refusons d'y croire et nous ne rabaisserons pas jusque-là nos adversaires.

Nous sommes convaincus que la scission qui vient de se produire tient à une divergence profonde de principes.

Les deux tendances qui partagent le Conseil.

Deux courants d'idées bien distincts se sont manifestés au Conseil du Syndicat.

Les partisans du statu quo.

L'un,celui de nos adversaires, malgré une agitation bruyante toute de surface, est doué de cette marche sage et lente qui mettra plusieurs siècles à aboutir. Rencontre-t-il un obstacle ? Ses flots se courroucent, mais s'arrêtent, il devient une mare stagnante, s'il ne prend un chemin rétrograde. Ceux qui le suivent n'iront ni à droite, ni à gauche ; figés dans une bouddhique contemplation, ils savent se contenter de leur situation acquise et vénèrent la tradition au point de ne pas oser en sortir.

Partisans de toutes les réformes, ils poussent le respect des droits acquis au point de laisser se perpétuer les abus les plus révoltants, les privilèges les plus condamnables.

Ah ! ils veulent bien le libre choix du médecin par le malade, mais avec quelle prudence ils reconnaissent que *la solution du problème est question d'espèces, délicate par excellence.*

Ils veulent bien lutter contre les empiétements des administrations, mais en même temps,dans les sociétés qu'ils dirigent, ils mènent campagne pour étendre les attributions des médecins fonctionnaires, arrondir ainsi de maigres indemnités au détriment des intérêts de la généralité de leurs confrères.

Les partisans de la marche en avant et du progrès.

Le courant adverse n'a la prétention de rien bouleverser ni de mériter de subversives épithètes, mais nous qui le suivons,désirons lui donner une marche *nettement progressive.*

Oui, nous trouvons qu'il ne faut pas s'en tenir comme par le passé à une vague protection d'intérêts

personnels lésés. Oui, nous pensons qu'à une époque où tout évolue et progresse, marquer le pas ou s'avancer avec une extrême lenteur, équivaut à un recul, et est l'avant-coureur de la déroute.

Nous pensons que le Syndicat peut faire plus et mieux. Nous sommes persuadés que si, après 15 ans, sur les 4.204 médecins du département de la Seine, le quart à peine est syndiqué, que si sur ce quart les 2/3, affiliés par complaisance, se désintéressent absolument de l'action syndicale, cela tient à ce que cette action s'est confinée dans des limites trop étroites, que, pour des raisons diverses mais réelles, la grande majorité des praticiens n'a pas apprécié les services que le Syndicat pouvait rendre.

Pendant longtemps, le Syndicat, en voie lente de formation, fut trop jeune pour ne pas avoir une marche hésitante.

Le médiocre succès d'une campagne mal choisie, tentée contre les cliniques, campagne où le respect des droits acquis n'avait pas été, croyons-nous, posé en principe (Lire à ce sujet le rapport du Dr Louis GOURICHON dans le Bulletin officiel de 1895), avait découragé sans doute les plus audacieux. Aujourd'hui, il n'en est plus de même, un syndicat doit être un organe d'action, il n'a pas le droit, s'il veut vivre, de s'endormir sur l'oreiller commode du respect des droits acquis comme une simple faculté de médecine.

On prétend que nous voulons introduire parmi les médecins la lutte des classes. Y aurait-il donc des classes parmi nous ?

La belle unanimité du corps médical protestant contre le certificat d'études médicales supérieures n'a-t-elle pas proclamé qu'il ne saurait y avoir deux classes de médecins ? Et n'est-il pas piquant de voir des praticiens syndiqués, des médecins qui ont dirigé, qui aspirent à diriger le plus important des syndicats médicaux de France, affirmer qu'il y a plusieurs classes de médecins et que nous allons déchaîner une lutte sauvage entre elles.

Il ne saurait y avoir que deux classes parmi nous, celle des bons et celle des mauvais confrères et contre ces derniers la lutte est plus que le droit, c'est le devoir.

Nos adversaires paraissent oublier que l'action syndicale énergique a, au moins une fois, fait ses preuves. Praticiens de Paris et de la Seine, oublierez-vous que la campagne contre les abus des compagnies d'assurances-accidents du travail dont un des nôtres, le Dr DIVERNERESSE, a presque seul supporté les charges, vous rapporte, chaque année, *plus de* 500.000 *francs d'honoraires* ? Cette campagne lui a attiré des haines irrémédiables, mais aussi des amitiés solides et fidèles. Cette campagne, la première efficace, pour le libre choix du médecin par le malade, nous la continuerons sans merci. Nous ne laisserons pas sans résistance notre syndicat devenir la proie des Agents des compagnies d'assurances. On pourra tenter, comme cette fois-ci, d'arrêter nos efforts, on n'y réussira jamais, car nous sommes résolus et nous savons que, s'il faut lutter, nous ne serons pas seuls.

On nous accusera sans raison de vouloir tout bouleverser, jeter dans la misère, par la suppression de leurs fonctions, mille médecins plus ou moins administratifs. Singulier argument, dont nos adversaires donnent pour preuve un projet sur le libre choix du médecin par l'indigent qu'ils ne se sont donnés ni la peine de lire, ni le soin d'examiner. Nous voulons que les fonctions administratives confiées aux médecins soient convenablement payées, que ces médecins, véritables fonctionnaires, aient comme ceux-ci droit à une retraite. Nous comprenons qu'il est parfois nécessaire d'assurer un contrôle de maladie et des inspections sanitaires, mais ce que nous ne saurons jamais accepter, c'est le viol de la liberté humaine par l'opposition à un malade d'un médecin administratif, c'est la violation administrative de la clientèle de nos confrères, qui en est le corollaire sous prétexte d'organisation de services médicaux gratuits. Sans vouloir transformer en un jour tout le système actuel, nous voulons, chaque fois que l'occasion sera favorable, en évitant le plus possible de léser nos confrères, rendre à tout le corps médical la clientèle monopolisée par ces organisations administratives.

Là se bornent nos désirs qui, nous le savons, ne triompheront pas demain. Mais, quoi qu'il advienne, nous voulons marcher sans courir, mais marcher en avant, résolument, et d'un pas ferme. Et c'est avec confiance, médecins praticiens, que nous vous présentons notre programme.

Ce programme, vous le connaissez. Il a été lu et approuvé à l'UNANIMITÉ par le Conseil du Syndicat à la séance du 5 mars 1906. Il a été adopté par tout le corps médical de France pour le Congrès des praticiens. Il a été publié dans notre *Bulletin* sans protestation d'aucune sorte. Il a été rédigé par le Dr VIMONT, un des nôtres, sous le titre de *cahiers de revendications du corps médical.* Nous voulons fermement appliquer ce programme, du reste le voici :

Notre programme.

Nos revendications sont multiples, nous pourrions en présenter de nombreuses, depuis la réforme des études médicales, la limitation des médecins par voie de concours à l'entrée, les modifications à la loi des patentes, la rédaction des ordonnances sur papier timbré remplaçant la patente, le régime de la vaccination, la déclaration des maladies contagieuses, etc.., et bien d'autres qui surgissent à chaque instant. Ce n'est donc pas l'abondance des matières qui manque. Mais les difficultés commencent quand il s'agit de faire une sélection dans tous ces vœux.

Quelles sont, à l'heure actuelle, les questions les plus importantes susceptibles d'intéresser à la fois et le public et le corps médical sur l'ensemble des praticiens, sans distinction de rang et d'opinions ?

La question qui prime toutes les autres est la liberté de confiance, le libre choix du médecin par le malade, qu'il soit riche ou pauvre, qu'il appartienne à une administration publique ou privée, ou à une Société de secours mutuels. Cette liberté est un droit imprescriptible de l'homme, le droit que possède chacun de disposer à son gré de sa personne et de confier sa santé et sa vie à celui qu'il juge le plus capable et qui lui offre le plus de garanties, droit sacré aussi important que les grands principes de la liberté de conscience et d'association, de la presse, que nos pères ont conquis au prix de leur sang.

C'est ce principe qu'a déjà reconnu la loi de 1898 accordant à l'ouvrier blessé dans son travail le libre choix de son médecin et édictant des peines contre le patron qui chercherait à porter entrave à cette liberté. Pourquoi en cas de maladie tout citoyen n'aurait-il pas ce droit reconnu par une loi à l'ouvrier blessé ?

Comme conséquence du libre choix du médecin, découle la suppression des monopoles médicaux, c'est-à-dire l'interdiction pour toutes les administrations de l'Etat, des départements et des communes, des administrations privées, des Sociétés financières ou philanthropiques, de confier à certains médecins, exclusivement, au détriment des autres, la mission de donner des soins à leurs malades et l'obligation pour ceux-ci d'avoir recours aux médecins de l'Adminis-

tration. Nous n'avons pas l'intention ni le pouvoir de supprimer d'un seul coup tous ces monopoles, toutes positions acquises, mais nous demandons de poser nettement une question de principe et à nous employer auprès de nos élus pour faire valoir la légitimité de ce principe chaque fois que l'occasion s'en présentera, comme à l'heure actuelle où il s'agit d'établir les cahiers des charges des nouvelles Compagnies du Gaz, des Omnibus, bientôt de l'Electricité, du Métropolitain, etc.

Vient ensuite une vieille question sur laquelle nous sommes tous d'accord, qui a été déjà étudiée par tous les groupements médicaux, qui a fait l'objet de maints rapports, de démarches multiples : la question de l'hospitalisation des gens aisés et riches. Nous affirmons, en conformité de l'esprit de la loi sur l'assistance, que l'hôpital doit être exclusivement gratuit et réservé aux seuls indigents et nécessiteux. Nul besoin de renouveler les nombreux arguments fournis à ce sujet : l'encombrement des services hospitaliers contre toutes les règles de l'hygiène, tandis que les indigents meurent sans secours à la porte d'établissements hospitaliers créés pour eux, la démoralisation du personnel grâce aux pourboires élevés des gens riches hospitalisés, l'impossibilité pour un médecin d'hôpital de soigner un si grand nombre de malades, tous faits connus de nous et de nos élus.

A l'heure actuelle, il existe une tendance à faire du médecin un fonctionnaire. Celui-ci, moyennant un traitement souvent minime, déguisé sous le nom d'indemnité, est chargé de fonctions souvent délicates et qui engagent sa responsabilité. Nous demandons que, chaque fois que l'Etat ou une administration attache à ses services un médecin, comme contrôleur ou expert, celui-ci participe aux avantages de la retraite conférée aux autres fonctionnaires de l'administration à laquelle il appartient. Si le médecin est fonctionnaire, il est juste qu'il jouisse de tous les avantages accordés à ces derniers et dont le plus important est la retraite et qu'il ne soit pas fait d'exception à cet égard. Nous ne verrions plus la création de ces nombreuses places de fonctionnaires aux médecins si l'aboutissant devait être la retraite.

Nous demanderons en outre qu'une place soit réservée aux praticiens légalement organisés en Syndicats dans les Commissions ayant à étudier les réformes à apporter à l'enseignement médical. Il est juste qu'on prenne l'avis des praticiens compétents dans un enseignement qui doit être surtout un enseignement professionnel et non un enseignement purement scientifique.

Enfin, tout en protestant contre les tendances à l'extension de la responsabilité médicale, nous demanderons la limitation de cette responsabilité aux cas où il y a faute lourde, faisant ainsi rentrer le médecin dans le droit commun. Tout citoyen, y compris le magistrat, devrait être responsable de ses fautes lourdes portant préjudice à autrui.

Opportunité d'une action syndicale sérieuse.

Au moment où Paris et le département de la Seine, vont renouveler leurs Contrats avec de Grandes Compagnies et rédiger de nouveaux Cahiers des Charges ;

Au moment où le Conseil municipal songe à étendre son action sur l'Assistance Publique (*Rapport de M. Ranson au Conseil Municipal*);

Au moment de l'application de la loi sur l'Assistance aux vieillards et aux infirmes, de l'organisation des services d'hygiène et des vaccinations obligatoires, le Syndicat des médecins de la Seine a le devoir de défendre les praticiens et de demander l'application du libre choix du médecin par le malade.

Il n'est plus temps de discuter si « *la solution du problème est question d'espèces délicates par excellence* », quand la fonctionnarisation, que d'autres dénomment socialisation, aussi sérieusement nous menace.

Nécessité pour réussir d'une constitution large et libérale.

Confrères, pour remplir utilement ce programme, nous vous demanderons aussi une autre constitution.

Que penser, en effet, de ces statuts incohérents, où, dans un but ignoré, se sont glissés des articles qui soustraient certains membres du Conseil au vote de l'Assemblée Générale !

Le principe de notre organisation sera large et simple : *Pas de titres, pas de dignités inutiles, des emplois à toutes les bonnes volontés, de l'ouvrage à tous les travailleurs.*

Hommes d'un esprit libre sans être subversifs, nous nous passerons de président et de vice-présidents du Syndicat ; des secrétaires seront là pour coordonner les efforts. Le Conseil choisira chaque année le Syndic qui devra diriger les débats.

Chaque membre du Conseil aura la charge d'un emploi et devra s'occuper dans l'intérêt de tous. Nous ne voulons pas parmi nous de *figurants inutiles*. Nous appellerons tout le monde à la besogne commune et chaque fois qu'une question fera surgir un homme d'énergie et d'intelligence désireux de la mener à fond et à bien, le Conseil se l'adjoindra à titre de commissaire.

Nous ne nous priverons jamais, par un imbécile ostracisme, des concours de ceux qui voudront se donner à la cause commune, encore moins de l'expérience et du dévouement de ceux qui en auront fait preuve.

Nous fuirons avec une égale répulsion la *Bourse du travail* où nous n'avons que faire et la *Faculté de Médecine* où nous sommes déplacés, *nous resterons chez nous*. Chaque quartier, chaque région se groupera à sa guise, formera des sections, que nous accueillerons et qui désigneront des délégués. Avides d'entente et de cohésion, nous n'entraverons l'action d'aucun groupement local. Notre sincère désir sera d'arriver peu à peu à constituer une Fédération de sections locales.

A notre Conseil, dans nos Assemblées plus fréquentes, nous trouverons chaque fois, sans peine, des confrères capables d'imposer par leur caractère, la liberté et l'ordre dans la discussion; nous les désignerons pour diriger nos débats sans leur donner d'autres titres que notre estime et notre respect.

Dans les démarches que nous aurons à faire, des délégations spécialement compétentes, remplaceront un bureau qui ne saurait être universel. Voilà ce que nous voulons faire du Syndicat pour remplir notre programme.

Notre but sera :

Arrêter avec le libre choix du médecin par le malade, seul moyen efficace, la fonctionnarisation ou la socialisation de l'exercice de la médecine.

Conserver au praticien l'indépendance qui lui est nécessaire pour exercer sa profession avec dignité et pour lui permettre d'en vivre.

Les Membres du Conseil démissionnaire :

J. Noir, Vice-président du Syndicat.

Vimont, Ex-trésorier, vice-président du *Sou Médical*, fondateur de la *Caisse d'Assistance* du Syndicat, et du service de recouvrements.

Levassort, Ex-secrétaire, membre du Conseil du

Sou médical, chef du service de la Répression de l'exercice illégal.

Divernéresse, Ex-secrétaire, membre du Conseil de direction du *Concours Médical*, Syndic du *Sou Médical*.

Leredde, Promoteur des Conférences Syndicales, secrétaire général au *Congrès des Praticiens*.

Dally, Ex-directeur du service des Accidents du travail.

Lamouroux, ex-rapporteur de l'organisation des Vaccinations.

Vallat, Médecin démissionnaire de la Compagnie des Omnibus.

Nous souhaitons ardemment que le programme et la liste de ceux qui sont nos si dévoués collaborateurs obtiennent la majorité dans quinze jours. Alors se continuerait la marche en avant du Syndicat pour la défonctionnarisation progressive, pour la restitution successive, à tous les médecins de Paris, de leur droit inviolable à vacciner, à inspecter les écoles, à soigner indigents, mutualistes, assurés, employés des administration, etc., quand ceux-ci font appel à eux. L'autre liste, est, au moins par comparaison, une invitation à marquer le pas : elle agite des fantômes de périls chimériques qui ne sentent guère le sain esprit de combativité caractéristique du vrai syndicalisme. Son succès retarderait d'une façon regrettable la solution du problème d'évolution posé devant notre groupement parisien, et donnerait un fâcheux appoint au développement des monopoles si goûtés des collectivités adverses.

Nous voulons donc espérer que, s'élevant à la hauteur de la question capitale qui leur est soumise, nos confrères parisiens dénoueront du premier coup la crise en votant pour *l'avenir* contre un *passé* qui a fait son temps.

Il leur appartient de fournir pour les syndicats urbains, l'exemple jadis donné aux groupements ruraux par le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Le Congrès des Praticiens attend cette utile leçon.

Le Conseil de Direction du Concours médical.

BIBLIOGRAPHIE

Régimes pathologiques et régime parfait. *Les Régimes alimentaires dans les divers états pathologiques*, par le Dr F. Cayla, ex-chef de clinique médicale de l'Université de Bordeaux. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-16, 2 francs.

Conçu dans un esprit essentiellement pratique, ce livre intéressera les médecins, les malades et tous ceux qui jouissant d'une bonne santé habituelle tiennent à la conserver. Il rappellera au médecin instruit toutes les notions d'ordre alimentaire acquises dans le cours des études médicales et sera pour lui un guide indispensable chaque fois qu'il faudra préciser les détails du régime à formuler. Le régime occupant à l'heure actuelle une place prépondérante dans la thérapeutique de toutes les maladies, le médecin doit insister tout spécialement sur la question alimentaire ; et pour bien faire, il devrait écrire pour chaque malade une liste comprenant les aliments permis et ceux qui sont frappés d'interdiction. Le malade, en effet, est incapable de retenir de mémoire la nomenclature des éléments de son régime ; et le médecin n'a pas des heures à consacrer à la rédaction d'une ordonnance très complexe. L'ouvrage du Docteur Cayla résout très heureusement et très simplement ces diverses difficultés en permettant au médecin traitant d'indiquer à son client un guide clair et complet, lui traçant le régime qu'il devra suivre, et en donnant à ce dernier, avec la quiétude d'esprit, la certitude de n'absorber aucun aliment qui soit de nature à contrarier ou à retarder sa guérison. Les régimes pathologiques s'appliquent à tous les états morbides ; le Régime Parfait est indispensable aux malades guéris ainsi qu'à ceux qui n'ont jamais été malades et qui doivent être mis en garde contre l'usage des aliments indigestes, irritants ou toxiques susceptibles de provoquer des maladies d'origine alimentaire ou de réveiller celles qui ne sont qu'assoupies.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, Pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris, Directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. 14e édition (1907). Chez M. Rueff, éditeur, 6 et 8, rue du Louvre, Paris. *Prix* : 4 francs.

Dans la quatorzième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler : parmi ces médicaments les plus importants sont l'*Arhovine*, la *Benzosaline*, l'*Iodacétone*, le *Mergat*, le *Néosiode*, l'*Omorol*, le *Proponal*, le *Protiode*, le *Protosal*, la *Saïodine*, le *Sophol*, et la *Vésipyrine*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même ; on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

REPORTAGE MÉDICAL

Ecole de médecine de Reims. — A la suite du congé accordé à M. le Pr Pozzi, député de la Marne, M. le Dr Lardennais, professeur-suppléant, a été nommé par décret chargé du cours de clinique chirurgicale à l'école de médecine.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vingt-neuvième année — N° 11 — Dimanche 17 MARS 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

SOMMAIRE

AVIS

Les membres du Concours et du Sou, qui appartiennent au Syndicat de la Seine, sont instamment priés d'aller demain appuyer à l'élection du 17 mars le programme et la liste de nos ardents et dévoués collaborateurs qui portent le drapeau du nécessaire progrès syndical, et où ils trouveront les noms de MM. Philippeau, Diverneresse, etc.

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(CONGRÈS DES PRATICIENS)

LE CONGRÈS DANS LES ALPES-MARITIMES

Cannes, le 27 fév.

Mon cher confrère,

Obéissant au conseil donné par le *Concours*, le Syndicat médical de Cannes a pris l'initiative d'une réunion de tous les médecins syndiqués et non syndiqués de l'arrondissement de Grasse. Voici la lettre qui fut adressée à tous :

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Monsieur et cher confrère,

Le corps médical de l'arrondissement de Grasse ne pouvait rester étranger au mouvement de protestation et de défense qui s'est produit dans la France entière, en face des dangers chaque jour grandissants qui menacent notre profession. Ce n'est plus seulement contre l'institution inutile du Certificat d'études médicales supérieures — produit mort-né d'une fâcheuse inspiration — qu'il s'agit d'élever nos revendications et nos plaintes ; ce n'est pas seulement le relèvement des études et la réforme des conditions d'obtention des diplômes que nous devons poursuivre ; c'est la profession médicale elle-même que nous avons le devoir de réhabiliter et de ramener à ce niveau d'élévation morale qui la place à côté et au-dessus des plus nobles et des plus honorées ; c'est elle que nous voulons soustraire aux épreuves douloureuses que les évènements ont multipliées autour de nous durant ces dernières années, et dont l'encombrement médical et l'institution des œuvres de mutualité sous toutes les formes ne sont pas les moins regrettables des manifestations. A côté des associations syndicales et des groupements corporatifs dus à l'initiative privée, (Sociétés de secours mutuels, assurances contre la maladie, abonnements forfaitaires etc.), dont le principe est toujours l'assistance médicale à prix réduits, l'Etat lui-même s'est montré fort peu soucieux de la sauvegarde de nos intérêts, soit par l'établissement de tarifs d'honoraires constamment abaissés au-dessous du tarif admis et consacré par l'usage, soit par l'imposition d'obligations nouvelles sans compensation d'aucune sorte (constatation et déclaration de maladies transmissibles, surveillance des mesures d'isolement, de désinfection, etc.,) ; la loi de 1902 en est un

remarquable exemple, avec les pénalités qu'elle prévoit contre le médecin insoumis ou oublieux de ses prétendus devoirs, qu'elle néglige de rémunérer. — A ce régime, l'heure est proche où le métier ne nourrira plus son homme, et si menaçants qu'apparaissent pour l'existence matérielle du médecin les inconvénients d'une telle situation, plus redoutables seraient encore les écueils qu'elle oserait dresser contre sa dignité, celui de tous ses biens auquels il reste plus inébranlablement attaché. C'est pourquoi d'une extrémité à l'autre du pays, la voix fut entendue des courageux confrères qui ont entrepris l'œuvre salutaire de défense professionnelle à laquelle nous vous prions de vous associer. Car le but ne peut être atteint — et c'est la condition indispensable — qu'autant que l'unanimité des praticiens français se groupera autour du drapeau levé de nos revendications et de nos droits : au seuil de la lutte qui se prépare et dont le résultat dépend de notre seule bonne volonté et de notre seul courage, l'indifférence ou l'abstention seraient plus qu'une faute, plus qu'une défaillance, elles seraient une désertion, un abandon coupable du devoir.

C'est dans cet esprit, et suivant en cela le conseil donné par le *Concours médical* du 30 décembre 1906 que le *Syndicat médical de Cannes et de l'Arrondissement de Grasse* a pris l'initiative d'un groupement local.

Une réunion aura lieu à Cannes au siège du Syndicat le dimanche 17 février à 3 heures du soir. *Vous êtes instamment priés d'y assister.* Les décisions qui y seront prises emprunteront leur autorité et leur importance au nombre des intéressés qui les discuteront et en voteront l'adoption. Mais si vos occupations vous empêchaient fâcheusement de vous rendre à cette réunion, veuillez du moins, avant la date fixée, nous faire parvenir votre adhésion sous la forme du bulletin ci-joint, revêtu de votre signature. — Si même le Congrès des praticiens n'avait pas votre approbation, et si vous ne croyiez pas devoir y adhérer en principe, nous vous serions très reconnaissants de vouloir bien nous faire part de vos observations et des motifs de votre abstention, ils seront consignés en votre nom ou sous le couvert de l'anonymat, dans le rapport qui sera adressé au Congrès par notre groupement.

Veuillez recevoir, monsieur et cher confrère, l'assurance de nos meilleurs et dévoués sentiments.

Le secrétaire	*Le président*
Dr P. Seytre.	Dr Jules Lisnard.

Aujourd'hui, 17 février, la réunion annoncée a eu lieu : tous les cantons de l'arrondissement étaient représentés, un seul excepté. Une commission a été nommée, chargée d'établir le « *Cahier des revendications* » qui devra être porté au Congrès des praticiens, par les deux délégués qui ont été choisis en Assemblée générale et qui sont mon excellent confrère Vaudremer, président de la Société de médecine de Cannes, et *moi-même* en qualité de secrétaire du Syndicat médical. Comptez-nous donc au nombre des adhérents au Congrès des praticiens, heureux que nous sommes d'apporter une unité dans ce concert de revendications qui, nous l'espérons encore, groupera l'unanimité du corps médical.

Veuillez croire, mon cher confrère, à nos sentiments les plus dévoués.

Le secrétaire du Syndicat médical de Cannes.

Dr P. Seytre.

LE CONGRÈS DANS LA VIENNE

24 février 1907.

Mon cher confrère,

Le 29 janvier, j'ai prié le président de l'Association des médecins de la Vienne de s'entendre avec le président du Syndicat, afin de convoquer les médecins du département en assemblée générale en vue du Congrès des praticiens. Ces messieurs ayant refusé de prendre l'initiative de cette convocation, j'ai envoyé à tous les médecins de la Vienne la lettre imprimée ci-jointe.

La réunion en assemblée plénière a eu lieu aujourd'hui. Une trentaine de confrères avaient répondu à mon appel.

Après une courte discussion, l'assemblée a adopté à l'unanimité les résolutions suivantes :

1° Il y a lieu de faire voter au Congrès la nomination d'une Commission mixte de professeurs et de praticiens avec adjonction de quelques délégués des étudiants en médecine pour l'élaboration d'un projet de réforme complète de l'enseignement médical.

2° Il est nécessaire de proclamer le droit que doivent avoir tous les malades, quels qu'ils soient, de choisir librement leur médecin, et il faut introduire dans la loi sur les sociétés de secours mutuels une clause qui permette au mutualiste l'exercice de ce droit, en sauvegardant tout à la fois les intérêts des Sociétés et ceux du corps médical.

3° Ont été élus *délégués* du corps médical de la Vienne : MM. les docteurs Jablonski et Brossard (de Poitiers), Amirault (de Loudun), Drumez (de Châtellerault) et Barancy (de Civray).

A ces délégués s'adjoindront tous les médecins du département qui désirent assister au Congrès, et nous désirerions qu'ils fussent le plus nombreux possible.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués,

Dr J. Jablonski.

Poitiers, le 10 février 1907.

Mon cher confrère,

Suivant le conseil d'un certain nombre de confrères qui m'ont engagé à prendre cette initiative, j'ai l'honneur de vous convoquer à une assemblée plénière des médecins du département qui aura lieu à l'hôtel de ville de Poitiers (salle du Conseil municipal), le dimanche 24 février, à 2 heures.

Cette assemblée aura pour objet de nommer des délégués au Congrès des praticiens qui se tiendra à Paris en avril prochain, Congrès dans lequel seront discutées les deux questions suivantes dont l'importance est considérable au point de vue de l'avenir du corps médical :

1° Réforme de l'enseignement de la médecine ;

2° Libre choix du médecin par le malade.

Au cas où vous ne pourriez vous rendre à ma convocation, je vous serai obligé de me faire connaître sommairement votre avis sur ces deux questions et de m'indiquer les noms des cinq médecins du département qui vous paraissent les plus qualifiés pour défendre nos intérêts communs devant le Congrès parisien.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr J. Jablonski,

Membre du Concours médical ; Membre du Comité de l'Association des médecins de la Vienne ; ancien président du Syndicat.

LE CONGRÈS DANS LES DEUX-SÈVRES

SYNDICAT MÉDICAL DES DEUX-SÈVRES.

Thouars, le 27 février 1907.

Mon cher confrère,

A la date du 4 courant, j'ai adressé à tous les confrères, syndiqués ou non, du département des Deux-Sèvres un exemplaire de la circulaire que vous m'aviez envoyée relative à l'Assemblée nationale des praticiens.

J'ai joint mes instances aux vôtres dans la lettre ci-jointe que je vous communique, et à laquelle j'ai ajouté le programme du Congrès.

J'espère que cet appel aura été entendu et aura amené des adhérents.

En outre, notre réunion syndicale du printemps a été à ce sujet avancée et fixée au 9 mars prochain. J'espère à cette assemblée décider des retardataires ; et je compte demander au syndicat une subvention pour le Congrès, subvention indépendante des cotisations individuelles, et venant s'y ajouter.

C'est bien ainsi que j'ai compris votre communication à la dernière réunion du Conseil de l'Union.

Croyez à l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr J. CHARIER,
Président du syndicat des Deux-Sèvres.

LE CONGRÈS EN SAVOIE

Chambéry, le 14 février 1907

Mon cher confrère,

Le Syndicat médical de la Savoie dans sa dernière réunion a décidé en principe l'envoi de deux délégués à Paris pour le Congrès des praticiens du mois d'avril.

Le Syndicat médical du sud-est nous avait d'ailleurs envoyé un questionnaire auquel nous avons répondu et visant toutes les questions à traiter au Congrès des praticiens.

Le libre choix du médecin est déjà réalisé à Chambéry pour les sociétés de secours mutuels et pour l'assistance médicale gratuite. Il est à désirer pour tous les services publics, où il serait facile à installer avec des bons de visite et de consultation. Si le Congrès des praticiens pouvait faire avancer cette question il aurait rendu un grand service au corps médical.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments,

Dr TISSOT.

LE CONGRÈS EN SEINE-ET-MARNE

Meaux, le 17 février 1907.

Monsieur et honoré confrère,

Vous me parlez de l'emploi des circulaires adressées.

J'ai bien reçu un premier envoi, non demandé. Il a servi à convoquer les membres du syndicat ; comme le nombre des circulaires était insuffisant j'en ai demandé 25 *que je n'ai pas reçues.*

Nous avons pu agir sans elles, c'est le principal.

Vous me demandez le cahier. Nous l'avons discuté, mais les délégués nommés ont reçu un mandat verbal. Nous n'avons pas voulu faire un dossier qui, classé, sera inutile, tandis qu'on sera bien obligé de nous entendre sinon de nous écouter.

Voici donc ce que nous soutiendrons :

1 et 2. L'hôpital est le seul centre d'enseignement clinique. L'étudiant doit se faire inscrire où il veut. Le nombre des stagiaires est limité dans chaque service. 10, 15 au plus et dans l'intérêt des élèves et dans l'intérêt des malades.

3. Les cours de vacances et l'enseignement complémentaire doivent être maintenus et encouragés, je ne dirai pas subventionnés, ce serait trop demander. L'idéal serait ce qui se fait à Berlin, à Kaiserin, à Friedrich Haus, que j'ai vu en détail et dont je parlerai au besoin.

4. L'organisation des écoles étrangères allemandes est bien supérieure à la nôtre. Au point de vue professionnel je ne connais pas les organisations anglaises et américaines.

5. Le recrutement logique en Allemagne, est absurde en France. Tout docteur allemand peut être privat-docent. S'il a du talent, des élèves, du succès, il devient professeur extraordinaire et plus tard professeur ordinaire soit dans son université soit dans une autre qui l'attire et le garde.

Le professeur est *professeur* et non *médecin à clientèle,* opinion longuement développée dans « Notes d'un excursionniste », 1906.)

Le professorat doit être *un but* non un *marche-pied.*

6. Le P. C. N. doit être conservé, mais il doit être professé par des médecins et non par des normaliens ; le jury d'examen doit être le même pour toute la France et se déplacer comme cela a lieu pour Saint-Cyr et l'Ecole polytechnique.

7. Le C. E. M. S, les nouveaux diplômes doivent être supprimés : comme le Certificat de médecine coloniale ; le Certificat de psychiatrie et de médecine légale ; le Médecin assermenté. (Sur papier libre tout médecin doit pouvoir donner un certificat).

8. L'agrégation doit disparaître et être remplacée par le privat-docentisme (organisation allemande).

9. Les examens doivent être moins théoriques, plus pratiques.

Dans le concours de l'internat même, il doit y avoir une épreuve clinique au lieu de ces énumérations bibliographiques (j'en ai fait de mon temps), qui ne signifient rien, qui ne servent qu'à épater le jury et à faire arriver ceux qui ont beaucoup d'aplomb.

Il faudrait en outre rétablir les examens semestriels (comme à Strasbourg avant 1870) qui forcent les élèves à travailler et les maintiennent en haleine.

10. L'enseignement des spécialités doit être obligatoire. En combinant les heures il est possible d'obtenir un résultat en peu de temps.

11. Les questions de réformes ont été vues plus haut au point de vue professionnel. Repos hebdomadaire obtenu en fixant double tarif à la visite dominicale. Résultat satisfaisant obtenu dans certaines communes des environs de Paris.

12. Libre choix absolu du médecin dans les mutualités ; chez les blessés du travail ; les indigents ; également dans les grandes sociétés industrielles ; dans les manufactures de l'Etat.

Mais dans ces deux cas le client doit honorer son médecin.

Voilà, monsieur et honoré confrère, le programme que je suis chargé de proposer et de défendre et qui est celui de tous mes confrères de l'arrondissement.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr CHARPENTIER.

LE CONGRÈS DANS LA LOIRE

Association syndicale des médecins de l'arrondissement de Saint-Etienne (Loire).

En vue de la prochaine assemblée des praticiens de France, à Paris, l'Association syndicale des médecins de l'arrondissement de Saint-Etienne avait convié tous les médecins du département de la Loire, à assister à une réunion générale le dimanche 24 février, dans la grande salle de la Chambre de commerce de Saint-Etienne. Le docteur Albertin, président de l'Union des Syndicats médicaux du S. E, accompagné du docteur Bolliet, avait bien voulu répondre à l'invitation du bureau et présider cette réunion.

Un assez grand nombre de médecins répondirent à l'appel du syndicat. A 11 heures, le Dr Faure, président du syndicat de Saint-Etienne, après quelques paroles de bienvenue, déclare la séance ouverte et prie le docteur Albertin de vouloir bien présider. Ce dernier, après avoir montré l'utilité et l'importance de la réunion qui doit se tenir à Paris, insiste sur l'utilité des syndicats et de leur groupement, et donne la parole au docteur Layral pour son rapport sur le libre choix du médecin.

Ce dernier, dans un travail très clair et très complet et que la place ne nous permet pas de citer en entier demande à l'assemblée de voter les conclusions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité et au milieu des applaudissements.

« L'Assemblée des médecins de la Loire tenue à Saint-Etienne le 24 fév. 1907, considérant que tout individu malade a le droit de choisir son médecin, est d'avis qu'il y a lieu d'instituer une commission chargée de rechercher les voies et moyens d'arriver le plus promptement possible à ce résultat ».

La parole est ensuite donnée au docteur Riolacci pour lire un rapport sur la seconde question soumise à l'Assemblée : réforme des études médicales. Dans un travail très documenté et très applaudi le docteur Riolacci fait la critique des études médicales actuelles et dépose les conclusions suivantes, qui sont adoptées à l'unanimité :

1° Suppression de toute mesure tendant à rendre plus facile l'accès à l'enseignement supérieur et notamment à celui de la médecine.

2° Suppression du P. C. N. ou modification dans un sens nettement en rapport avec les études médicales.

3° Réforme des études médicales dans un sens pratique.

4° Suppression du certificat d'études médicales supérieures.

5° Choix des professeurs basé uniquement sur les titres scientifiques et la valeur enseignante et pouvant se porter sur tout savant pourvu du titre de docteur en médecine.

6° Obligation pour les professeurs de faire de l'enseignement.

7° Rémunération suffisante des professeurs par les villes ou l'Etat pour qu'il leur soit possible de vivre sans faire de clientèle.

L'Assemblée vote des félicitations au Dr Laurent, député de la Loire et au Dr Reymond, sénateur de la Loire qui doivent, ainsi que l'indique une lettre du Dr Laurent dont il est donné lecture, réunir le groupe médical parlementaire et arriver à une entente pour faire aboutir les revendications des médecins.

Enfin l'Assemblée décide de participer par une cotisation à l'*Assemblée nationale des praticiens de France*, et nomme pour la représenter à cette réunion : le Dr Layral, à Saint-Etienne ; le Dr Odin, de Saint-Galmier ; le Dr Faure, de Saint-Etienne.

LE CONGRÈS DANS LE TARN

Réunion syndicale du 14 février 1907.

ORDRE DU JOUR :

1° *Assistance médicale gratuite* ;
2° *Fédération des Syndicats* ;
3° *Congrès des Praticiens de France ; adhésion au Congrès et désignation d'un délégué* ;
4° *Adhésion au comité d'organisation de la loterie en faveur des infortunés du corps médical.*

A l'unanimité des membres présents et aussi par procuration des membres absents qui se sont fait excuser, l'assemblée vote :

1° *Assistance* : Toute décision a été ajournée en attendant l'avis de l'Association générale, groupe Albi-Gaillac. M. le Secrétaire de ce groupement communiquera à M. le docteur Thadée, à charge par lui de les transmettre à la commission d'assistance, les décisions du groupe de l'A. G. Albi-Gaillac.

La commission devra établir un rapport écrit qui sera envoyé huit jours avant la réunion générale à tous les membres du Syndicat.

Conformément à l'art. 10 des statuts, le syndicat devra se réunir cette année le premier jeudi de juin.

2° *Fédération des Syndicats.* Le Syndicat médical adhère à l'Union générale des Syndicats.

3° *Congrès des Praticiens.* Le Syndicat médical adhère au Congrès des Patriciens, et vote: 1° une somme de 1 franc par membre du Syndicat. (53 francs).

2° La somme de 400 fr. à titre d'allocation aux quatre délégués qu'enverra le Syndicat savoir :
Arrondissement d'Albi.... M. à désigner.
Arrondissement de Gaillac.... M.
Arrondissement de Castres, M. le Docteur Ch. Vidal.
Arrondissement de Lavaur, M. le docteur Thadée.

4° *Loterie médicale.* Le Syndicat adhère au principe de la loterie médicale et vote 20 francs en faveur du Comité d'action.

5° Sur la proposition de M. le docteur Thadée, l'assemblée vote en outre le principe d'une amende à appliquer à tous les membres qui à l'avenir n'assisteraient pas aux réunions du Syndicat et cette proposition sera mise à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale du Syndicat.

Pour copie conforme,
Dr THADÉE.

LE CONGRÈS DANS L'OISE

Le Syndicat médical de l'Oise, dans sa séance du 10 mars, a adhéré au Congrès des Praticiens, voté une cotisation globale de cent francs et nommé deux délégués : MM. les Docteurs Wurtz, de Compiègne, et Goreki, de Noyon, à chacun desquels une indemnité de déplacement de cent francs a été attribuée.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez l'enfant.

M. le Dr d'Espine, de Genève, vient de faire à l'Académie une très intéressante communication sur le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez l'enfant.

« Il faut distinguer tout d'abord avec soin le *retentissement exagéré de la voix* de la *bronchophonie* ; le premier n'est pas pathologique et peut tenir à des circonstances accidentelles, telle qu'une voix très basse, ou à l'auscultation de la voix dans l'espace interscapulaire chez un sujet très amaigri. De là, peut-être, l'assertion erronée qu'on rencontre dans quelques traités : que la bronchophonie peut exister normalement à la racine des bronches, en auscultant le thorax en arrière.

« Voici comment on procède d'ailleurs pour s'en assurer. On fait, comme le recommandait le professeur Lasègue, prononcer aussi distinctement que possible le chiffre *trois cent trente-trois*. Chez le petit enfant, on se borne à l'auscultation du cri.

« On ausculte d'abord le cou en arrière sur les vertèbres cervicales avec un stéthoscope à petite embouchure en fermant l'oreille inoccupée ; on perçoit alors nettement, comme Laennec l'avait déjà indiqué, le bourdonnement caractéristique provenant de la trachée, qui parfois pénètre dans le stéthoscope. Chez l'enfant normal, ce timbre cesse brusquement au niveau de l'apophyse épineuse de la 7e cervicale, où commence le poumon.

« Dans l'adénopathie bronchique, au contraire, on entend ce timbre bronchique dans un espace qui varie entre la 7e cervicale et la 4e ou 5e dorsale. Cet espace, comme l'ont montré Gueneau de Mussy et son élève Barety, correspond à la dernière portion de la trachée et à la bifurcation des bronches qui se trouve dans le plan horizontal à la hauteur de la 3e vertèbre dorsale. *Cette région ganglionnaire* postérieure est celle qui est le plus souvent atteinte par la tuberculose ; le retentissement du timbre bronchique est accentué par la chaîne des ganglions tuméfiés qui enserre le canal aérien et se continue parfois en arrière jusqu'aux environs de la colonne vertébrale.

« Le stéthoscope n'est utile que pour limiter le siège de la bronchophonie qui occupe tantôt les 4 premières dorsales, tantôt seulement l'une d'entre elles ou la 7e cervicale. Parfois aussi, dans les grandes adhérences, la bronchophonie déborde en dehors au niveau des lames vertébrales, plus souvent à droite qu'à gauche.

« L'auscultation directe avec l'oreille donne en général une bronchophonie plus accentuée que le stéthoscope et permet souvent de constater en même temps l'augmentation des vibrations vocales.

« Quand l'auscultation de la voix haute ou du cri ne donne pas de résultat, nous faisons pratiquer à l'enfant, quand il est d'âge à le comprendre, l'articulation des mots à voix basse ; on entend alors en cas d'adénopathie un phénomène acoustique analogue à celui que Baccelli a appelé la pectoriloquie aphone et que nous avons désigné sous le nom de *chuchotement*. Ce signe a la même valeur séméiologique que la bronchophonie proprement dite.

« La bronchophonie est le signe le plus précoce et très souvent le seul de l'adénopathie bronchique ; néanmoins, dans certains cas, il peut s'y joindre des modifications du son à la percussion en arrière sur les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales ou de la 7e cervicale. Une matité accentuée à ce niveau coïncide toujours avec une bronchophonie intense.

« M. le Dr Lereboullet, a attiré l'attention en 1874 sur la percussion pratiquée le long et immédiatement en dehors de la colonne vertébrale, au niveau des 3e et 4e vertèbres dorsales, et affirme avoir pu, grâce à la résistance du doigt et à la matité, reconnaître dès le début l'altération des ganglions péribronchiques et sous-trachéaux. Ses observations ont été prises chez des adultes ; les nôtres, qui regardent exclusivement des enfants, notent rarement l'existence de cette matité interscapulaire. Quand elle existait, elle se rapportait à de grosses adénopathies ou à des infiltrations pulmonaires concomitantes.

« Dans la région ganglionnaire antérieure, les zones de matité ou de submatité limitées à une des articulations sternoclaviculaires ou au manubrium sont par contre assez fréquentes et révèlent la présence des ganglions tuberculeux rétrosternaux. Ce signe coïncide souvent avec l'existence d'un *lacis veineux* de la région thoracique supérieure qui est peut-être l'expression d'une compression veineuse par les masses ganglionnaires.

« Quant au *souffle bronchique* proprement dit perçu le long de la colonne vertébrale, ce n'est pas un signe précoce ; il indique toujours une grosse adénopathie. On le perçoit tantôt seulement à l'expiration, tantôt aux deux temps de la respiration, aussi bien dans l'espace interscapulaire, qu'à la partie interne de la fosse sus-épineuse ; il se propage parfois assez loin de la colonne vertébrale. La concomitance de ce souffle qui vient de la profondeur et du murmure vésiculaire normal superficiel, permet d'affirmer, comme nous le disions dans notre mémoire de 1904, qu'il n'est pas dû à une lésion du poumon, mais à une tumeur ganglionnaire.

« M. le Dr Naumann insistait dernièrement devant la Société Hufeland, de Berlin, sur la fréquence des erreurs de diagnostic qu'entraîne la présence de ce souffle ; on croit ainsi souvent à une phtisie pulmonaire, quand il s'agit d'une simple adénopathie scrofuleuse.

« Tels sont les signes qui permettent de reconnaître chez l'enfant une forme latente de l'adénopathie bronchique, dans laquelle les signes classiques de compression vasculaire, bronchique ou nerveuse, si bien décrits par Rilliet et Barthez et par Barety, font défaut. »

Procédé rapide pour prendre la température du corps humain.

Le *Bulletin médical* signale un procédé rapide pour prendre la température du corps humain, quand il importe d'être vite renseigné ; ce procédé est de M. Englander (*Munch. med. Woch.*) Voici en quoi consiste ce procédé. On invite le malade à uriner dans un entonnoir en verre, tapissé d'un épais papier à filtrer, muni d'un orifice pour l'écoulement de l'urine, et dans lequel est placé un thermomètre à maxima. Au bout de 10 à 12 secondes, tout au plus, soit après écoulement de 100 à 150 grammes de liquide urinaire, le thermomètre marque déjà la véritable température de l'urine au moment de son émission, c'est-à-dire quand elle correspond à celle du sang. Ce résultat est obtenu même à une température ambiante de 6°.

L'éther et le chloroforme.

M. Nicloux a communiqué à l'Académie des sciences les résultats que lui ont fournis ses études sur les quantités de chloroforme et d'éther qui se trouvent dans le sang et dans les tissus après anesthésie par ces agents. En rapprochant ces résultats expérimentaux, il est arrivé à formuler les conclusions suivantes ;

1° Les quantités absolues d'éther contenues dans le sang lors de l'anesthésie par cette substance sont plus grandes que les quantités absolues de chloroforme dans l'anesthésie chloroformique.

2° L'éther s'élimine, relativement, plus rapidement que le chloroforme.

3° L'éther se répartit d'une façon sensiblement égale entre les globules et le plasma ; le chloroforme a, au contraire, une affinité élective pour les globules qui en renferment, en quantité absolue, sept à huit fois plus que le plasma.

4° Dans l'anesthésie par l'éther, les proportions d'éther fixées par le cerveau et par le bulbe sont égales ; dans l'anesthésie par le chloroforme, le bulbe renferme 1,5 fois plus de chloroforme que le cerveau.

Les ulcères variqueux et les ulcères syphilitiques.

M. le prof. Gaucher a récemment insisté, dans une leçon clinique analysée par le *Journ. de Méd. et de chir. prat.* de Championnière, sur les ulcères syphilitiques de jambe qui ressemblent aux ulcères variqueux.

Les ulcères de jambe constituent une lésion dont la chronicité fatigue le médecin qui n'y apporte pas toujours l'attention qu'elle mérite ; il est cependant utile de les examiner avec soin, car beaucoup de ces ulcères sont très curables par la raison qu'alors même qu'ils paraissent être d'origine traumatique, ils relèvent de la syphilis dont l'influence étiologique grandit chaque jour. Un malade du service en est un exemple. Il a eu la jambe droite écrasée par une voiture il y a dix-huit mois. A la suite de cet accident il s'est formé un ulcère persistant qui a été traité vainement par tous les moyens possibles. L'ulcère a des bords arrondis et un peu saillants et les varices de la jambe ne sont pas très marquées. En examinant la bouche, on constate une leucoplasie génienne très nette et cette affection éveille aussitôt l'idée d'une syphilis possible qui est avouée d'ailleurs par le malade et qui remonte à dix années environ. On pouvait donc se demander s'il ne s'agissait pas d'un ulcère gommeux syphilitique, la leucoplasie indiquant une syphilis en activité. Le traitement fut appliqué dans ce sens, et à la suite d'une série de piqûres de benzoate de mercure, l'amélioration se fit avec une très grande rapidité.

Ce cas montre donc que, même dans le cas de traumatisme, l'esprit doit être en éveil du côté de la syphilis et que dans ces faits qui sont généralement considérés comme des cas chroniques et presqu'incurables il est quelquefois possible au contraire d'agir très activement.

L'érythème du siège des nouveau-nés

La *Revue pratique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie* publie un article sur le traitement de l'érythème fessier du nouveau-né.

Ce traitement doit être à la fois *local* et *général*.

1° *Traitement général.* — Le rôle manifeste joué par l'irritation excrémentielle dans la production de l'érythème du siège chez les nouveau-nés ne saurait être mis en doute. Mais d'autres facteurs interviennent. C'est ainsi que les altérations chimiques et biologiques des mêmes garde-robes doivent entrer en ligne de compte ; et de fait, ces altérations aggravent les érythèmes déjà existants. Mais elles ne sauraient les créer, car ces érythèmes surviennent quelquefois en dehors de toute manifestation diarrhéique.

Le véritable point de départ de ces dermatoses réside dans les altérations du tube digestif, que ces altérations agissent par l'intermédiaire des garde-robes, ou par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur. Du reste, il n'est point rare de voir des troubles digestifs, uniquement caractérisés par de simples renvois, des vomissements, se compliquer d'érythème.

C'est dire qu'il faut surveiller avec soin l'allaitement de l'enfant. Les tétées au sein ou au biberon devront être soigneusement réglées ; le bébé ne tétera ni trop souvent, ni trop longtemps. L'observation clinique nous apprend, en effet, que, dans l'immense majorité des cas, il suffit de surveiller l'allaitement, pour voir ces dermites disparaître en même temps que les troubles digestifs qui les ont occasionnées. La connaissance de ce fait nous amène à nous demander tout naturellement si ces érythèmes sont justiciables du traitement local actif.

2° *Traitement local.* — Sans doute, les soins hygiéniques élémentaires, la propreté, l'emploi de langes de toile douce, souple, usée, et renouvelés dès qu'ils sont souillés, sont recommandables.

Dans les formes vésiculeuses, papuleuses, il faut veiller, en plus, à ce que l'enfant ne soit pas toujours maintenu sur le dos ou sur le siège. Il est indiqué de le retourner souvent, et même de le coucher sur le ventre, dans le but d'éviter une compression trop prolongée du plan postéro-inférieur du siège.

Mais faut-il faire usage des *bains* ? faut-il recourir aux *pommades* ?

En ce qui concerne les *bains*, il est permis de

répondre par la négative. Chez les nouveau-nés, atteints d'érythème du siège, léger ou accentué, papuleux ou vésiculeux, limité ou non, l'usage des bains doit être radicalement proscrit.

Beaucoup de médecins recourent aux bains tièdes donnés deux fois par jour, et préparés soit avec de l'eau bouillie simple, soit avec de l'eau légèrement antiseptique ; ces bains sont toujours très courts. A notre avis, cette pratique est plus nuisible qu'utile. Ce qu'il faut, c'est, chaque fois que l'enfant est souillé, le laver avec soin et douceur, en employant du coton hydrophile et de l'eau bouillie tiède ; cela fait, l'enfant est *épongé* et non *essuyé*, et, quand il est *tout à fait sec*, on le poudre largement avec de la poudre de talc, ou de la poudre de sous-nitrate de bismuth, ou encore avec le mélange suivant :

Poudre de talc............	50 gr.
— de sous-nitrate de bismuth..........	50 gr.
Oxyde de zinc............	25 —

Pour ce qui est de l'emploi des *pommades*, il y a lieu de distinguer.

Dans les cas bénins d'érythème simple, il est préférable de s'en abstenir, car l'onction d'une pommade, fût-elle de la vaseline pure et stérilisée, peut être irritante.

Dans les formes érosives, papuleuses, je recommande, et je dirais volontiers, à l'exclusion de tout autre, l'emploi du glycérolé d'amidon, qui évite les frottements, empêche les surfaces irritées de macérer dans des langes souillés, et donne des résultats excellents.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, quand il s'agit de traiter l'érythème du siège des nouveau-nés, c'est que le traitement prophylactique et général doit occuper le premier plan ; le traitement local, très prudent, ne sera jamais qu'un adjuvant.

Sur le sérum de Marmorek.

Le *Sérum antituberculeux de Marmorek*, expérimenté depuis un an par le docteur André Roblot, au dispensaire du 3e arrondissement, sur trente malades de seconde et de troisième période lui a permis de faire les remarques suivantes :

1° Le sérum est sans action sur les formes fébriles, aiguës ou subaiguës, même récentes. Il n'enraye pas la marche, toujours rapide dans ces cas, de la maladie ; il ne paraît avoir aucune influence sur la température.

2° Il a, par contre, une action favorable des plus nettes sur les formes chroniques, surtout torpides, même dans les cas anciens, même sur les ulcérations profondes.

3° Ce qu'il y a de tout à fait remarquable, en effet, et de vraiment original dans son mode d'action, c'est son influence électrice sur les lésions tuberculeuses elles-mêmes et leur rapide modification dans un sens de cicatrisation et de siccité.

Son action locale précède toujours, domine, souvent, son action générale.

4° Ce mode d'action, qui lui confère une spécificité véritable vis-à-vis des lésions tuberculeuses, en fait un adjuvant des plus précieux — le plus efficace, selon nous, comme agent médicamenteux — dans la cure des tuberculoses apyrétiques.

5° Employé sous forme de lavements sérothérapiques à la dose de 5 cc. par jour, en séries de 15 jours séparées par une semaine de repos, il est toujours très bien toléré de l'intestin et ne suscite aucun effet secondaire fâcheux. En particulier, il ne nous a paru passible d'aucune des complications qu'on lui a gratuitement prêtées et ne provoque aucune poussée aiguë, aucune généralisation tuberculeuse.

6° Mais son échec dans les grandes pyrexies tuberculeuses, dans les formes mixtes et graves d'infection bacillaire, va nous engager à lui associer, contre les associations microbiennes, le sérum antistreptococcique.

C'est là un essai de thérapeutique qui nous paraît rationnel et dont nous rendrons compte ultérieurement.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Accidents infectieux consécutifs à l'ingestion d'huîtres.

M. Netter présente une étude, faite en collaboration avec MM. Briau, Latouche, et Ribadeau-Dumas, de 120 cas d'accidents infectieux relevés en moins de quatre mois dans douze villes diverses. Ces cas ont ceci de commun qu'ils ont tous eu pour origine l'ingestion d'huîtres provenant de la même localité : la ville de Cette.

Cliniquement, les accidents morbides observés ont présenté une assez grande variété de formes. Les uns — les plus nombreux — ont revêtu l'apparence de *troubles gastro-intestinaux*, caractérisés par des coliques, de la diarrhée, avec ou sans vomissements, avec quelquefois une adynamie marquée. Ces phénomènes gastro-intestinaux se sont montrés généralement après une période d'incubation de 24 à 48 heures. Les autres accidents, plus graves encore, ont été : deux cas mortels de diarrhée cholériforme et 33 cas de fièvre typhoïde, nettement établie, habituellement intense, ayant causé 7 décès. La fièvre typhoïde a débuté 10, 12 ou 15 jours après l'ingestion des huîtres ; elle a pu se faire attendre jusqu'à 21 et 26 jours ; chez le plus grand nombre, elle a été précédée de diarrhée. La dysenterie et la diarrhée dysentériforme, notées dans d'autres circonstances, furent, ici, très rares.

Les recherches bactériologiques entreprises à l'occasion de ces malades ne sont pas encore terminées. Cependant, M. Netter estime que, dans les accidents provoqués par les huîtres, interviennent non seulement le bacille d'Eberth, mais d'autres micro-organismes de la même famille.

Les accidents observés sont bien imputables aux huîtres cettoises. Ils ont, en effet, frappé des individus en pleine santé et succédé à bref délai à l'ingestion incriminée. A peu d'exceptions près, toutes les personnes qui ont mangé des huîtres ont été atteintes et, d'autre part, dans maintes familles, des sujets ayant partagé en tous points

l'existence des malades sans consommer d'huîtres sont demeurés indemnes. On ne saurait attribuer les accidents à de simples indigestions dues au trop grand nombre d'huîtres prises car des troubles pathologiques, même mortels, ont succédé à l'ingestion de 2 ou 3 huîtres seulement.

M. Netter, comme MM. Chantemesse et Mosny, attribue la nocivité des huîtres cettoises aux conditions défectueuses dans lesquelles sont installés les parcs et surtout les réserves et les étals de Cette. Les parcs ostréicoles sont placés dans des canaux (canal latéral et canal maritime) où arrivent les eaux d'égoûts. Quant aux huîtres — les plus dangereuses — débitées au coin des ponts par les marchands de détail, elles sont prises dans des réserves immergées dans le canal de Cette et arrosées avec l'eau de ce canal, qui est le grand égout de la ville. Si les habitants de Cette arrivent à consommer ces huîtres sans dommage grave, c'est qu'ils ont acquis une immunité d'accoutumance : il n'en va plus ainsi des étrangers.

Comment éviter le danger auquel expose la consommation de ces mollusques ? Remarquons, d'abord, que rien ne distingue apparemment les huîtres infectées des bonnes huîtres : elles sont d'une fraîcheur et d'un goût satisfaisants. Peut-on compter sur la phagocytose, ce moyen physiologique signalé par M. Johannès Chatin ? La phagocytose n'est pas douteuse, mais elle ne s'opère pas avec une rapidité suffisante pour annihiler tout danger. Klein, qui a suivi les progrès de ce mode d'épuration de l'huître nous montre que, si l'on sort les huîtres d'une eau contaminée et si on les immerge dans de l'eau de mer stérile et renouvelée tous les jours, les huîtres ne perdent leurs bacilles qu'après 5 ou 6 jours. Les bacilles se retrouveront plus longtemps, 9 ou 11 jours au moins, si les huîtres retirées de l'eau contaminée sont maintenues hors de l'eau ; or, le temps qui s'écoule entre la sortie du parc et la consommation est bien inférieur à cette limite.

En définitive, il convient d'en revenir au vœu déjà émis par l'Académie le 30 juin 1896 et que voici :

« L'Académie de médecine, convaincue que la consommation d'huîtres ayant séjourné dans un parc dont l'eau est polluée peut déterminer des accidents gastro-intestinaux et même la fièvre typhoïde, émet le vœu que l'autorité compétente fasse surveiller l'aménagement des parcs du littoral ainsi que les importations étrangères et exige que les huîtres provenant de localités reconnues contaminées soient placées pendant 8 jours avant leur vente sur un point de la côte baigné par l'eau pure de mer (1) ».

M. Johannes Chatin revient sur la valeur de la phagocytose comme moyen d'épuration des huîtres. Cette phagocytose, assez faible chez les mollusques vivant dans les parcs, est très accusée dans l'eau pure de mer. Elle devient, dans ce dernier cas, remarquable. On voit alors de nombreux phagocytes parcourir le milieu intérieur de l'animal et s'emparer de toutes les souillures dont il peut être chargé. Cette intense phagocytose dans l'eau pure de mer permet d'apprécier l'efficacité de la prescription de l'Académie (placer pendant 8 jours les huîtres contaminées sur un point de la côte baigné par l'eau pure de mer).

(1) D'après les recherches de Houston et Fuller, l'eau de mer n'est pure et dépourvue de coli-bacille qu'au delà d'une distance de 6 milles 1/2 de l'embouchure des égouts.

M. Vaillard rappelle que la question des huîtres nocives, étudiée par M. Netter, n'est pas particulière à Cette. Les mêmes mesures prophylactiques devront être généralisées à tout le littoral. P. L.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Entérite muco-membraneuse avec appendicite probable.

Nous venons d'examiner à la consultation une fille de 9 ans 1/2 atteinte d'entérite certaine et chez laquelle j'ai conseillé d'attendre encore, pour supplément d'observation, avant de la débarrasser d'un appendice iléo-cœcal que je crois cependant sur la mauvaise pente. Je désirerais vous exposer les motifs de mon diagnostic et de ma conduite chirurgicale.

D'abord le diagnostic de l'entérite : il ne mérite pas, vu son évidence, de bien longs développements.

Nous ignorons quelle est l'origine des troubles digestifs chez cette enfant, qui sans anicroche fut nourrie au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 15 mois. Mais nous savons qu'ils sont anciens, sans que nous puissions préciser leur date de début. Depuis plusieurs années la fillette, habituellement constipée, est sujette à des « embarras gastriques » et c'est un point sur lequel je reviendrai car il est d'importance pratique réelle.

Les choses en étaient là lorsqu'en octobre dernier survinrent des accidents intestinaux aigus, caractérisés par des selles fréquentes et liquides, de la fièvre, un mal de tête violent. Un médecin fut alors appelé et constata l'existence de peaux et de glaires dans les selles ; il trouva en outre que si, abandonné à lui-même, l'abdomen était indolent, la palpation éveillait quelque souffrance dans la fosse iliaque droite.

Les accidents intestinaux aigus durèrent pendant 5 ou 6 jours, traités par le repos au lit, la diète absolue et de grands lavements à l'eau de guimauve. Puis la malade reprit à peu près sa vie habituelle, sous réserve, toutefois, d'un régime alimentaire surveillé rigoureusement : viandes rôties à midi, légumes et purées, ni sauces ni ragoûts. Et comme la constipation reprit de plus belle, on recourut à l'eau de Châtel-Guyon et, trois fois par semaine, aux lavements avec trois cuillerées à bouche d'huile.

Grâce à ce régime, bien institué et bien suivi, tout alla d'abord bien. Mais il y a 3 semaines eut lieu de nouveau un accès de fièvre, sans diarrhée et sans peaux dans les selles. Le médecin trouva encore de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite et parla d'appendicite. Aussi lorsqu'après trois jours de repos au lit l'enfant se fut remise en bon état, sa mère nous la conduisit à l'hôpital pour une consultation.

Pour vous le dire tout de suite, dans ce ventre plat et souple je n'ai rien trouvé d'anormal, sauf peut-être une légère exagération de la sensibilité à la pression vers le point de Mac Burney. Aussi n'ai-je pas conclu d'emblée à l'appendicite et à

l'indication opératoire, mais je suis à peu près sûr qu'il s'agit d'une appendicite.

Certains cliniciens, sans doute, écarteraient ce diagnostic par la question préalable, à cause de l'évidente crise d'entérite muco-membraneuse qui marqua le début des accidents actuels. Le médecin de l'enfant n'en fit rien, et je ne saurais assez l'en féliciter. Car si, pour l'entéro-colite muco-membraneuse des névropathes adultes la part exacte des accidents infectieux n'est pas toujours aisée à établir, chez l'enfant on ne peut attribuer qu'à l'infection cette entérite à début habituellement brusque et fébrile ; et nous savons que toutes les infections de la muqueuse intestinale ont tendance à prédominer vers le cæcum et l'appendice, prédisposés par leur richesse en tissu lymphoïde. Voilà pourquoi, en présence d'accidents de ce genre, vous devez toujours porter tout de suite votre attention sur la région iléo-cæcale, explorer sa souplesse et sa sensibilité à la pression, la surveiller avec soin pendant les jours suivants.

Est-ce à dire qu'un peu de douleur vous doive faire conseiller une opération immédiate ? Certes non, car cela conduirait à l'abus de faire enlever bien des appendices sains. Mais si une douleur passagère est banale lors des crises d'entéro-colite, sa persistance devient, au contraire, un signe de haute valeur, surtout si en même temps la région iléo-cæcale reste un peu épaissie. C'est à cause de cette persistance au moment d'une légère rechute d'entérite que je félicite notre confrère d'avoir plus que soupçonné alors une appendicite, dont il avait eu raison de se méfier dès la première atteinte.

Je vais encore plus loin que lui dans le diagnostic, en raison d'un commémoratif auquel les cliniciens n'accordent pas toujours, à mon sens, toute l'importance qu'il mérite : j'entends vous signaler les embarras gastriques fréquents auxquels l'enfant était sujette depuis plusieurs années déjà. Je ne veux pas aujourd'hui insister sur ce point, les détails que nous avons pu obtenir sur ces accidents n'étant pas assez circonstanciés pour servir de type à une description clinique. Mais sachez que les embarras gastriques à répétition sont de grande valeur dans le diagnostic rétrospectif d'une appendicite chronique qui se révèle un jour à vous à l'occasion d'une crise plus ou moins aiguë.

Je conclus donc que nous avons devant nous une enfant qu'il faudra opérer, mais l'urgence n'est pas telle que nous devions imposer tout de suite notre manière de voir à une mère qui la trouverait, je crois, empreinte d'exagération. Il est, même dans le peuple, des gens qu'il faut savoir prendre en deux temps. Aussi, après avoir fait des réserves sur la possibilité d'une crise aiguë qui nécessiterait le transfert immédiat de l'enfant à l'hôpital, j'ai demandé à revoir la malade dans une quinzaine de jours, et je serais bien surpris si je ne trouvais pas alors les signes persistants d'une appendicite chronique pour laquelle je conseillerai nettement l'opération.

D[r] A. Broca,
Chirurgien des Enfants-Malades.

THÉRAPEUTIQUE

Quelques considérations nouvelles sur la médication digitalique.

L'un de nos collaborateurs, le D[r] M. Nigoul, vient de publier dans *la Gazette des hôpitaux* (1) une importante étude sur la médication digitalique, travail dans lequel le praticien peut trouver d'utiles renseignements.

Après avoir montré l'irrégularité d'action des préparations galéniques de digitale, leur toxicité et leur danger d'accumulation, l'auteur attribue ces inconvénients à l'utilisation habituelle de feuilles altérées par une dessiccation plus ou moins prolongée. Mais, au contraire, si le médecin pouvait être sûr d'employer uniquement la *feuille fraîche* de digitale élevée et récoltée dans les conditions les plus favorables, ces mêmes inconvénients n'existeraient pour ainsi dire plus. C'est qu'en effet, la feuille fraîche renferme, avant tout, une digitoxine amorphe *soluble*, et cette digitoxine isolée sur le nom de « Digalène », par le P[r] Cloetta de Zurich, possède véritablement l'énergie médicamenteuse, les propriétés physiques naturelles de la plante qui n'a encore subi aucune altération.

La digalène est donc un corps amorphe, soluble, qui paraît être la base de l'activité digitalique. Elle a pour formule C^{14} H^{23} O^{5} et son poids moléculaire est 280. Elle se trouve dans la pratique sous la forme d'une solution aqueuse glycérinée, parfaitement claire, et dosée à raison de trois dixièmes de milligramme par centimètre cube. *Chacun de ces c. cubes équivaut à 0 gr. 15 ctgr. de poudre de feuilles fraîches.*

A ceux qui prétendraient que le caractère amorphe enlève à un glucoside une partie de sa puissance, l'auteur répond qu'il est démontré au contraire, par des recherches récentes (2), que les corps amorphes possèdent une pureté chimique et une action médicamenteuse souvent supérieure à celles des corps cristallisés. Souvent aussi ils sont moins toxiques et Cloetta a montré que la digitoxine cristallisée emporte des processus de cristallisation qu'elle a subi, un degré de toxicité supérieur à celui de la digitoxine amorphe, c'est-à-dire de la digalène.

Mais c'est avant tout par son caractère de solubilité que la digalène s'impose au praticien. Étant soluble, en effet, elle s'élimine rapidement et ne peut en aucune façon s'accumuler dans l'économie, encore moins être toxique. Pour la même raison, elle devient facilement utilisable en injections intra-musculaires, sous cutanées et intra-veineuses, soit dans les cas urgents, soit aussi quand l'état gastrique est trop défectueux.

L'auteur montre, en effet, que l'élimination de la digalène commence par elle-même dès les premières 24 heures, et s'accentue encore par la suite, en raison de la diurèse considérable qu'elle détermine.

Le D[r] Nigoul s'est alors demandé quels pouvaient être les effets cliniques de la digalène, puisqu'on semble admettre que, pour être ac-

(1) Sur la médication digitalique. Etat actuel de la question. *Gaz. des Hôp.*, n° 19 et 20, 1907.
(2) Harnack. — *Archiv. an. u. Phys.* nov. 1905 et Cloetta : *Munch. med. Woch.*, 20 nov. 1906.

tive, la digitale a besoin de s'accumuler. Or d'après 21 observations se rapportant pour la plupart, à des cardiaques asystoliques et hyposystoliques, l'auteur a obtenu tous les effets des digitaliques habituels. Mais il les a obtenus d'une façon plus rapide, plus constante et souvent plus énergique. En ordonnant 3 à 4 c. cubes de digalène par 24 h. et par la bouche, il a constaté que le cœur se ralentissait et se renforçait au bout de 2 à 4 heures tandis que l'oppression et la dyspnée commençaient à décroître. C'est au bout d'une 1/2 heure à 1 heure que les mêmes résultats apparaissent quand le remède est introduit par la voie intra-musculaire profonde, à raison de 2 à 3 c. cubes par 24 heures. Puis la diurèse augmentait et cette augmentation était déjà sensible à la fin de la première journée. Par la voie intra-musculaire, c'est au bout de 6 à 12 heures que la diurèse s'élève. Elle devient ensuite considérable puisqu'elle atteint souvent trois et même quatre litres. Alors l'ascite et les œdèmes s'éloignent, et suivant l'élévation de la courbe diurétique ils disparaissent plus ou moins vite. L'état du cœur change, les battements sont plus forts plus soutenus, sans arythmie. La pression s'élève, le pouls ralenti se régularise; les phénomènes asphyxiques n'existent plus, l'asystolie est conjurée.

Quand les œdèmes ont disparu, la diurèse baisse. Il est bon alors de cesser l'usage de la digalène, quitte à le reprendre quelques jours plus tard s'il y a lieu.

La durée moyenne de ces traitements ne dépasse pas dans les cas graves 10 à 15 jours et souvent est moins longue quand le remède a été employé par injections profondes.

L'auteur conclut de son étude clinique à l'analogie thérapeutique de la digalène et de la macération de digitale faites avec des feuilles fraîches, tout en faisant remarquer que la digitoxine de Cloetta a des effets plus constants et plus rapides.

Cette constance d'action est due à la fixité chimique et au dosage rigoureusement exact de la digalène, et cette rapidité d'action est due à la solubilité de la digalène, et à la possibilité de l'utiliser en injections.

De plus, ce remède ne s'accumule pas et ne produit jamais de troubles toxiques. Ce qui le prouve bien, c'est qu'on est obligé. pour obtenir des résultats complets, de le prescrire pendant plusieurs jours de suite. 5, 6, 7 jours par exemple, ce qui veut dire qu'il faut redonner à l'économie à mesure qu'elle s'élimine la dose correspondante de principes médicamenteux. On se basera d'ailleurs à ce point de vue sur l'état du pouls et de la diurèse.

Un fait pratique sur lequel le Dr Nigoul insiste à juste titre, c'est la tolérance parfaite de l'estomac pour la digalène, et c'est aussi l'indolence des injections intra-musculaires profondes.

Chaque prise du remède, c'est-à-dire chaque c. cube, sera absorbée dans du lait ou une infusion diurétique, et chaque injection faite dans la profondeur des muscles fessiers ou extenseurs fémoraux sera suivie d'un vigoureux massage.

Les injections sous-cutanées sont assez douloureuses, les injections intra-veineuses sont réservées aux cas d'extrême urgence, mais il est possible d'injecter dans les muscles 2 à 3 c. cubes de digalène pendant plusieurs jours de suite sans inconvénient.

Des faits cliniques analogues ont été publiés par Reneau (1), Laumonier (2), Brion (3), Hippolyte Bech (4), Vaquez (5). Ces auteurs ont insisté sur ce fait qu'il faut considérer l'apparition de la digalène comme un véritable progrès thérapeutique. Elle réalise en effet la médication digitalique d'une façon constante, rapide et puissante *sans accumulation et sans toxicité*. En second lieu, elle représente un remède d'urgence puisqu'elle rend pratique l'introduction par la voie intra-musculaire, intra-veineuse et sous-cutanée, du principe actif de la feuille fraîche de digitale pourprée.

Les doses à utiliser varient entre 1 et 4 c. cubes de digalène par 24 heures et par la voie gastrique. Elles sont de 1 à 3 c. cubes par 24 heures si l'on utilise les injections profondes. On prescrit d'habitude pendant les trois ou quatre premiers jours 3 c. cubes et 2 c. cubes par la suite.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les graves blessés du travail, traités ou opérés d'urgence, ont-ils le droit d'être soignés dans les hôpitaux ?

Nous n'aurions jamais cru que ce droit pût être mis en question. Or, il n'est pas seulement mis en question, il est nié par certains hôpitaux, comme le témoigne le document ci-après.

Le confrère qui nous écrit nous demande de ne pas publier sa lettre, et, surtout, de ne citer aucun nom de personne ni de ville. Nous acceptons cette restriction, la question de principe seule nous intéressant. Mais nous croyons devoir publier la lettre du Dr V. L...., qui expose la question clairement et renferme un document précieux, communiqué par l'Administration de l'Hôpital de X... à M. G...., patron de l'ouvrier blessé.

Evidemment inspiré par le Dr K..., chirurgien de cet hôpital, il manifeste, *envers un praticien d'une habileté et d'un dévouement professionnels hors de pair*, une sorte de défiance qui n'est pas loin de friser l'injure (6) ; il tend à *monopoliser* en faveur de ce seul chirurgien toutes les interventions graves dont — à un certain moment — l'hôpital pourrait être justiciable ; il fait de l'hôpital non plus la « chose » des blessés, mais la « chose » du chirurgien ; il a quelque tendance à prétendre que, «chirurgicalement», la compétence appartient à une seule catégorie de médecins.

Tout en regrettant que notre confrère, le Dr K...., n'ait pas admiré — le mot ici n'est pas trop fort — la manière extrêmement brillante et humaine avec laquelle notre correspondant a su tirer, dans les conditions les plus défectueuses, un grave blessé d'une situation pleine de périls, nous n'insisterons pas, avons-nous dit,

(1) *Revue de thérap. médicochirurg.*, 1er nov. 1906
(2) Communication à la *Société de thérap.*, 28 novembre 1906.
(3) *Thèse de Paris*, 1906.
(4) *Thèse de Lyon*, 1907.
(5) In *Thèse de Brion*.
(6) Au sens étymologique.

sur les questions personnelles ; le principe seul est en jeu ici, et nous ne doutons pas que toute la Presse médicale ne proteste avec nous contre une façon de faire qui risque de rendre impossible l'exercice, *même urgent*, de notre art dans les accidents du travail.

Ceci posé, voici ce que nous écrit le Dr V. L... :

P..., le 21 janvier 1907.

A Monsieur le docteur D. L., rédacteur au *Petit Praticien*, à Lille.

Mon cher confrère,

J'ai eu récemment dans ma pratique médicale un incident qui m'a stupéfié, car il soulève une question tellement importante pour la grande majorité des médecins de France, et pour tous les blessés du travail, que je m'étonne qu'elle ne soit pas encore résolue, ou *qu'elle le soit dans le sens qu'on m'a montré*.

Le 22 décembre, je fus appelé d'urgence auprès d'un ouvrier charpentier qui venait de tomber d'une hauteur de cinq mètres. Dans sa chute il s'était brisé la jambe gauche de telle sorte que le bord externe du pied se trouvait presqu'en contact avec la face externe du genou. Les camarades accourus à son secours lui remirent d'abord le pied dans l'axe de la jambe, puis le transportèrent dans un estaminet voisin où ils l'établirent sur deux tables rapprochées. Quand j'arrivai, une heure après, la table où reposait le blessé était baignée de sang, épanché sur le parquet en une mare grande comme une serviette. Je débarrassai aussitôt le blessé de sa bottine, de son pantalon, de son caleçon ; mais arrivé à la chaussette, je ne pus la tirer ; elle était enfoncée dans une plaie de la face interne de la jambe, vers le 1/3 inférieur, et j'avais beau la tirer, je faisais crier le blessé, mais elle ne venait pas. J'observai d'abord que cette chaussette était fortement salie de boue et de chaux, et je compris que le fragment supérieur, après avoir traversé la peau, avait traversé la chaussette, et qu'en lui remettant le pied en place, on avait avec le fragment supérieur, pointu, repiqué la chaussette plus bas, et embroché une anse qui avait été repoussée dans le foyer de la fracture avec le fragment.

Que faire ? Nous étions à six kilomètres de tout hôpital, il était six heures du soir, la température extérieure était à —4°, il y avait de la neige, les pavés étaient glissants. Le blessé souffrait horriblement, grelottait, perdait toujours du sang. *Il fallait agir tout de suite.*

Je le fis transporter dans une pièce qui réunit les conditions d'espace, de propreté, de température, et d'éclairage nécessaires. etc. Après avoir longuement savonné et désinfecté le membre, la plaie, mes mains et celles de mes assistants, je donnai les soins suivants, sous chloroforme.

Par une incision longitudinale j'exposai largement tout le foyer de la fracture. Je fis successivement sortir l'anse de la chaussette, puis quelques esquilles ; je tordis l'artère qui continuait à donner. Je lavai copieusement à l'eau stérilisée bien chaude toutes les anfractuosités du foyer. Ayant constaté que la fracture du tibia avait une obliquité d'au moins dix centimètres, que le péroné fracturé à deux places ne s'opposait pas au chevauchement, je fis une suture osseuse qui réunit exactement les fragments du tibia ; puis après avoir laissé sous le tibia deux drains, je suturai la peau, entourai la plaie et tout le membre de beaucoup de gaze aseptique et jetai sur le tout un appareil plâtré. Cet appareil consistait en une gouttière qui entourait une bonne moitié de la circonférence du genou, de la jambe et du pied, sans empiéter sur la face interne où était la plaie ; enfin je fis une injection de sérum antitétanique.

Après ce pansement, qui *dura quatre heures*, je demandai à la famille et au patron du blessé où ils voulaient qu'il fût porté. La mère, qui est veuve et élève péniblement sa petite famille à faire des journées de lessive, déclara qu'il lui était impossible de le prendre chez elle. Elle aurait dû rester, en effet, auprès de lui pour le soigner, perdre le produit de ses journées et sa clientèle, ne recevoir que les demi-salaires de son fils aîné son seul gagnant ; en définitive, manquer de tout. Le patron abonda dans son sens et, en conséquence, le lendemain matin dimanche 23 décembre, je le fis entrer d'urgence à l'hôpital, après avoir rédigé, pour être remise au chirurgien, une longue note, avec figures anatomiques où j'indiquais et les lésions que j'avais eues sous les yeux, et le traitement que j'y avais fait.

Le mercredi 26 décembre, le patron du blessé m'apporta la lettre suivante :

X..., le 26 décembre 1906.

HOSPICE DE X...

—

La commission administrative des hospices de X...,

A Monsieur G..., entrepreneur à X.

Monsieur,

M. le docteur K..., chirurgien en chef de notre hôpital, nous signale l'entrée dans son service du jeune A. B., votre ouvrier blessé. Or, il paraît que ce jeune homme, préalablement à son entrée d'urgence chez nous, avait déjà reçu les soins d'un médecin qui aurait réduit sa fracture, suturé les fragments osseux au fil d'argent, et mis le malade dans un appareil plâtré.

Dans ces conditions, M. le docteur K..., et la commission administrative des hospices se demandent ce que A. B. vient faire à l'hôpital, puisque l'opération nécessitée par sa blessure est terminée.

M. le docteur K... et la commission entendent dégager entièrement leur responsabilité sur les suites de l'accident et en laisser toutes les conséquences au médecin traitant. Nous nous empressons de vous en informer.

Quoi qu'il en soit, le jeune A. B. ne peut être responsable de sa situation ; et pour le conserver à l'hôpital il est indispensable que son médecin s'entende avec M. le docteur K... pour le mettre au courant du traitement-opération, ou qu'il soit rendu aux soins de ce médecin, ce qui serait plus logique. Veuillez nous donner vos instructions aujourd'hui même et recevoir, Monsieur, nos salutations distinguées.

F...,
Président de la commission administrative des hospices de X...

Après avoir lu cette lettre, je téléphonai chez le Dr K... pour qu'il voulût bien me désigner jour, heure et lieu de rendez-vous.

N'ayant pas reçu de réponse le lendemain ni le surlendemain, je me rendis à l'hôpital, le 28, à trois heures, et donnai à l'interne, à la sœur de service, et à l'économe tous les renseignements possibles. Le blessé est resté à l'hôpital, où il va très bien. Il me l'a écrit. Mais j'ai été informé qu'à l'avenir de pareils blessés ainsi traités ne seraient plus reçus, *les médecins et administrateurs* de cet hôpital *ne voulant pas soigner les blessés primitivement opérés par un autre médecin.*

Alors, d'après cette théorie, si un médecin appelé d'urgence auprès d'un grave blessé du travail lui donne

les soins que sa situation réclame, qui le soulagent, qui le rassurent, il prive ce blessé des soins consécutifs que souvent l'hôpital seul est à même de lui donner ! Voilà qui me paraît extraordinaire.

La loi sur les accidents du travail dit en propres termes : « le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, outre les obligations contenues en l'article 3 (les demi-journées), des frais d'hospitalisation ». Ces frais sont de 3 fr. 50 par jour.

Donc, le grave blessé a le droit d'être soigné et nourri à l'hôpital quand le cas est jugé nécessaire. Est-ce qu'il dépend de l'état-major de l'hôpital de priver un blessé de ce droit légal, parce qu'il aurait reçu les premiers soins d'un médecin appelé sur les lieux ?

Quels sont les soins qu'il est permis à un premier médecin de donner ? Peut-il réduire une fracture et la maintenir par des moyens quelconques ? Peut-il faire une suture de la peau dépassant quelques points ? Peut-il réduire une luxation de la hanche ou de l'épaule ? Peut-il jeter une ligature sur une artère qui donne ? C'est ce que nous devrions bien savoir pour ne pas être exposé à des rebuffades dans le genre de celle-ci. Et à qui devons-nous nous adresser pour le savoir ? Est-ce aux présidents des hospices ? Est-ce à une autorité supérieure ?

Vous êtes, mon cher confrère, dans votre journal, un des défenseurs attitré du petit praticien et du vulgaire malade. Je pense qu'il vous appartient de provoquer une réponse à ma question et de la faire connaître au public médical.

Veuillez agréer l'assurance de ma parfaite considération.

Dr V. L.

Avant de faire, sur la communication de notre confrère, les commentaires qu'elle comporte, nous avons voulu nous rendre compte par nous-mêmes de l'exactitude des détails, et, notamment, de la manière de voir les médecins et administrateurs de l'hôpital de X... Des amis communs nous ont facilité la constatation. Il n'y a pas d'erreur : la lettre adressée par le Président de la Commission des Hospices de X... à M. G.., entrepreneur à X..., est bien réellement la manifestation d'une théorie soutenue, et, par suite, l'annonce d'une série de cas semblables qui ne manqueront pas de se renouveler.

« Une administration des Hospices, disent-ils, peut parfaitement refuser un blessé déjà opéré ; car si le blessé a pu être opéré ailleurs qu'à l'hôpital, à plus forte raison les soins consécutifs pourraient être donnés ailleurs qu'à l'hôpital. C'est une question de soins par un personnel spécial ou à rémunérer en conséquence.

« Un blessé du travail, opéré complètement, n'a pas le droit à l'hôpital, même en payant ; car les soins consécutifs à une opération faite en dehors d'un hôpital n'incombent pas à son chirurgien ».

Empressons-nous d'ajouter que jamais, à Lille, pareille prétention ne fut émise ni par l'administration des Hospices, ni par ses chirurgiens. Pour être assez tendue entre les praticiens et ces confrères, généralement attachés à la Faculté, cette situation ne l'a jamais été au point de faire contester à un blessé quelconque du travail, traité ou non avant son entrée à l'hôpital, son droit absolu d'y recevoir les soins *qu'il ne pouvait recevoir à domicile.*

Or, ce qu'admettent nos confrères des hôpitaux d'enseignement est, *à fortiori,* plus admissible encore par d'autres confrères qui n'ont pas à se soucier des besoins de cet enseignement. Nous ne saurions donc accepter la thèse des administrateurs des Hospices de X...., et leur répondrons par les considérations suivantes :

La loi, qui impose au patron les frais d'hospitalisation, ne dit pas qu'il en sera exempt si un médecin sur place a donné les premiers soins à un de ses ouvriers blessés.

La loi a soin de limiter les frais d'hospitalisation à 4 francs pour Paris et à 3 fr. 50 pour les départements. Cela indique que si un grave blessé, même quand il a reçu les premiers soins plus ou moins complets d'un médecin étranger à l'hôpital, a encore besoin de soins consécutifs, — que seuls un hôpital ou une maison de santé sont parfois à même de lui donner, — c'est là qu'il doit les recevoir, car autrement ce serait imposer au patron une charge extra-légale, ou l'exposer à perdre son blessé, ou un membre de son blessé, faute de soins consécutifs.

Quand un médecin a réduit une fracture et l'a maintenue par un des moyens que la science indique, quand il a suturé une longue plaie du cuir chevelu, quand il a régularisé le moignon d'un membre broyé et laissé sur place, le blessé n'est pas guéri. Il reste à lui donner des soins attentifs et savants pour qu'il tourne bien. Sans doute, il vaudrait mieux que le premier médecin les lui continuât ; mais il est des cas, nombreux, où cela n'est pas possible ; et alors, l'hôpital est tout indiqué.

L'hôpital n'est pas seulement bon à cause du chirurgien ; il l'est aussi, nous dirons même qu'il l'est surtout, à cause du lit, de la nourriture, de la propreté, de la température, de l'aérage, de l'éclairage, du personnel exercé de jour et de nuit, des différents meubles, appareils ou objets de pansements qu'on y a toujours sous la main. Des médecins capables, on en trouve partout. Mais cet ensemble de conditions favorables à la guérison de *certaines* blessures, on ne les trouve qu'à l'hôpital ou dans les établissements coûtant beaucoup plus cher.

C'est en vue de ces avantages que la loi gratifie le blessé du bénéfice de l'hospitalisation aux frais du patron.

Si la théorie de l'hôpital de X... venait à prévaloir, que resterait-il à faire aux médecins appelés d'urgence auprès de graves blessés ? S'effacer, se déclarer incompétents, et appeler aussitôt un chirurgien administratif, pour que, celui-ci, consentît ensuite à admettre le grave blessé dans son service. *Autant dire que seuls, les chirurgiens d'hôpitaux auront le droit de toucher aux blessés*

Il serait bon de rappeler aux administrateurs et chirurgien de l'hôpital de X... que les hôpitaux ne sont pas faits pour les administrateurs et les médecins. Si ces derniers ne veulent pas donner leurs soins aux patients qui ont été, préalablement, traités par d'autres confrères, qu'ils cessent d'être médecins des hôpitaux ; ils n'en sont pas dignes, car les premières conditions qu'ils ont à remplir est d'être corrects envers leurs confrères et bons pour les pauvres gens.

Avec leurs prétentions, le chirurgien et les administrateurs de l'Hôpital de X.... attentent aux droits de trois sortes de personnes : 1° aux droits des médecins appelés en premier lieu qui doivent faire ce que leur conscience leur dicte; 2° aux droits des blessés qui entendent être bi[...]

soignés tout de suite, et bien soignés après ; 3º aux droits des patrons qui veulent atténuer leur responsabilité dans les accidents du travail, chose qui serait impossible si leurs blessés n'étaient pas bien traités et sur-le-champ et ultérieurement.

Nous espérons faire valoir ces raisons auprès de M. le Préfet du Nord, et comptons qu'il voudra bien rappeler M. le Président des Hospices de X...., aux sentiments de justice et d'humanité qui lui ont manqué dans sa lettre à M. G...

Quant à nous, nous estimons que le Dr V. L.... a rempli vaillamment son devoir et l'en félicitons; nous estimons, en outre, que l'administration des hospices de X... et le Dr K... ont manqué de « doigté » ; que leurs prétentions sont anti-humaines et anti-médicales ; qu'il y a lieu de les combattre avec la dernière énergie.

Ainsi que nous l'avons affirmé, nous ne cherchons point à éveiller des questions personnelles ; mais, si l'on nous y entraînait, nous saurions défendre notre cause en gardant le bon droit pour nous.

Car, nous le répétons hautement, les hôpitaux ne sont pas la « chose » des administrations et de ceux qui les servent, mais la « chose » des malheureux qui en ont besoin et pour lesquels, — *uniquement*, — ils ont été fondés.

Dr L. D.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le procès Doyen.

M. le Dr Variot a publié dans la *Clinique infantile* l'article suivant sur le procès Doyen, alors que le jugement n'était pas encore rendu.

Forts comme lui d'une entière indépendance d'esprit (c'est le terme qu'il emploie), nous n'hésitons pas à nous rallier à ses conclusions quand il dégage de cette histoire les moralités qu'elle comporte.

Le procès Doyen-Crocker.

Un certificat médico-légal de M. Debove.

Le procès que soutient notre célèbre confrère Doyen contre le banquier américain Crocker passionne tout tout notre monde médical, parce qu'il soulève des problèmes multiples, dont la solution a pour nous le plus haut intérêt professsionnel.

1º Et d'abord peut-il être légitime de demander des honoraires extrêmement élevés atteignant 100.000 fr. pour donner ses soins à un malade ?

2º Les honoraires librement consentis, une fois versés, peuvent-ils être réclamés par le client s'il n'est pas satisfait ?

3º Enfin, l'intervention pendant la cure, d'un confrère, quel qu'il soit, cherchant à nuire au médecin traitant, en le discréditant, est-elle tolérable ?

Tels sont les points que nous voudrions chercher à éclaircir en conservant notre entière indépendance d'esprit.

1º Certes, le chiffre de 100.000 fr. d'honoraires est tel que bien peu de praticiens pourront jamais espérer le fixer à leurs clients. Mais il n'est pas sans précédents. Les souverains, qui disposent d'une bonne liste civile, ont même fait de plus grandes libéralités à leur médecin, quand ils en étaient satisfaits. Dans d'autres professions, on a rappelé justement que des avocats illustres, comme Waldeck-Rousseau, se faisaient verser jusqu'à 100.000 fr. pour plaider la cause de M. Lebaudy. La *proportionnalité* des honoraires à la fortune et à la situation est donc un principe établi et reconnu dans tout le monde médical.

Comme l'a fort bien dit M. Doyen dans son plaidoyer, la vie sociale nous impose le devoir de donner gratuitement nos soins à une foule de gens pauvres et nous le faisons volontiers ; il faut donc que les riches paient pour les pauvres, et, quand les circonstances le permettent, il est très naturel de taxer à un taux élevé *les milliardaires*.

L'art médical n'a rien de comparable au commerce, ni à la plupart des autres professions. Nos soins ne constituent pas une matière d'une valeur vénale déterminée, puisque nous en distribuons une bonne partie sans compter.

Allez donc demander à un commerçant de donner pour rien la moitié de sa marchandise ; les bénéfices seraient ainsi singulièrement réduits.

La fixation des honoraires est donc pour le médecin, et surtout pour le chirurgien, affaire de tact, de circonstances, de valeur professionnelle, de milieu social, etc.

Dans le cas particulier, M. Doyen a-t-il excédé son droit en demandant 100.000 francs pour faire bénéficier Mme Crocker de son traitement du cancer ? Si les faits sont tels que nous les rapportent les journaux, nous ne croyons pas que ce chiffre soit exagéré.

M. Doyen affirme que M. Crocker est venu à sa clinique et qu'il lui a refusé d'abord de soigner une malade déjà trois fois soignée. Mais M. Crocker aurait déclaré, je *veux* et je vaux 11.000 dollars par jour, soit 55.000 fr. *de rente*.

Cent mille francs dans ces conditions ne représentent que 200 francs environ pour une personne qui aurait 30.000 fr. de rente, soit 1.000.000 de fortune.

On sait que M. G. Crocker a acheté pour sa collection de timbres-postes plusieurs timbres rares au prix de 12.500 fr. l'un.

Il n'y a donc pas lieu de se récrier sur l'exagération de la somme.

D'ailleurs, M. Doyen, tout le monde est d'accord sur ce point, est l'un des princes du bistouri ; c'est un opérateur extraordinaire, un puissant esprit et il le prouve une fois de plus, en soulevant des problèmes complexes qui intéressent tout le corps médical.

Ses travaux sur le cancer ont un caractère scientifique indéniable et il ne paraît pas douteux que, dans un certain nombre de cas, les injections de son sérum ont eu des effets favorables. Nous n'avons d'ailleurs aucun traitement d'une efficacité certaine contre cette terrible maladie.

M. Doyen, en disant qu'il espérait guérir Mme Crocker, était certainement de bonne foi et relevait ainsi l'espoir de vivre chez sa malade. Sa compétence et son grand mérite professionnel en font l'un des maîtres les plus illustres de la chirurgie française, et il était qualifié pour se faire honorer très largement par le milliardaire américain. On a bien objecté que le traitement n'avait pas été prolongé, mais M. Doyen a prouvé que, loin de refuser ses soins, il les a offerts avec persistance et qu'il n'a cessé ses injections que sur l'opposition formelle de M. et de Mme Crocker. Nous verrons plus loin à quelle suggestion étrangère obéissait la patiente lorsque, le 27 mai 1904, elle ne

voulut plus recevoir M. Doyen (cette date est à retenir).

2° Les 100.000 francs d'honoraires versés, après discussion et libre consentement, M. Crocker s'aperçoit tardivement que la somme serait exagérée et, confiant ses intérêts à Me Chenu, le bâtonnier de l'ordre des avocats parisiens, il intente un procès pour récupérer une partie de ce qu'il a déboursé.

C'est là un grave précédent : si la prétention de M. Crocker était accueillie par le tribunal, nous ne voyons plus guère dans l'avenir de sécurité pour les chirurgiens, qui, même pour des sommes bien moindres, seraient exposés à des actions en restitution d'honoraires, de la part de leurs clients mécontents.

Me Chenu, pour obtenir gain de cause, a parlé de violence morale, de tromperie, de dol civil et, avec l'habileté d'un avocat de sa trempe, a mis en œuvre toutes les arguties de la chicane.

Le bon sens, d'accord avec la loi, nous dit que, quand un contrat est conclu régulièrement, il n'y a plus à y revenir. Si M. Crocker était un faible d'esprit ou si M. Doyen était un charlatan de bas étage qui eût abusé de la simplicité et de la crédulité de son client, il y aurait lieu de faire intervenir les magistrats.

Mais tel n'est pas le cas ; nous avons en présence : d'une part, un *milliardaire* américain, et, d'autre part, un illustre chirurgien français, l'un demandant à l'autre d'appliquer son traitement du cancer et de fixer ses conditions pécuniaires pour ce service important.

Personne n'a le droit de chercher à rompre un contrat passé entre ces deux hommes parfaitement conscients, l'un de ses ressources financières, l'autre de sa valeur professionnelle.

Il est à espérer que le tribunal, saisi d'une telle affaire, saura rendre un jugement qui enlèvera toute envie aux mauvais payeurs d'intenter de semblables actions.

3° Pour que l'intérêt de cette cause célèbre fût, en quelque sorte, intensifié, il est arrivé que le doyen de la Faculté de médecine, M. Debove, s'y est trouvé directement mêlé.

Le 27 mai 1904 il fut appelé en consultation auprès de Mme Crocker avec MM. Routier et Gros, alors que la malade était en traitement depuis quelque temps avec M. Doyen et qu'elle avait déjà reçu onze injections de son sérum. Contrairement à tous les usages professionnels, M. Doyen n'avait pas été convoqué et la conséquence de cette consultation du 27 mai fut une lettre de M. Crocker congédiant le chirurgien et refusant la continuation du traitement.

Voici le libellé du certificat médico-légal délivré par M. Debove, d'après le texte *officiel* de la défense de M. Doyen devant le tribunal.

« Nous, soussignés, docteur Debove, officier de la « Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, « membre de l'Académie de Médecine, doyen de la « Faculté de Médecine de Paris ;

« Docteur Routier, chirurgien des hôpitaux ;

« Docteur Edmond Gros, lauréat de la Faculté de « Paris ;

« Avons vu en consultation Mme George Crocker, « le 27 mai et le 12 juillet 1904.

« A notre première consultation, nous avons cons- « taté l'existence de tumeurs cancéreuses thoraciques « (récidive d'un cancer du sein opéré antérieurement) « affection incurable dans l'état actuel de la science.

« Dans notre seconde consultation, nous avons « constaté une augmentation très notable du nombre « et du volume des tumeurs et une aggravation mar- « quée de l'état général de la malade.

« Le présent certificat a été rédigé sur la demande « de M. et Mme George Crocker. »

Paris, le 12 juillet 1904.

Signé : Edmond Gros, M. Debove, A. Routier.

On ne peut vraiment qu'approuver M. Doyen dans ses remarques à ce sujet :

« Je suis obligé, Messieurs, de relever tout ce que je trouve de bizarre dans ce certificat et dans la consultation qui l'a provoqué.

« N'est-il pas de règle dans la profession médicale que *nul médecin* ne doit accepter de visiter un malade à domicile en dehors de la présence du médecin traitant.

« Or, nous assistons à cette invraisemblance que c'est le *doyen* de la Faculté de Médecine, le Prof. Debove, le représentant du corps enseignant tout entier, de ce corps enseignant qui comporte un cours de déontologie ou devoirs professionnels, qui donne aux yeux du monde entier un exemple flagrant de violation de ce devoir professionnel.

« Le doyen de la Faculté condamnant un traitement qu'il ne connaît pas, et sans adresser la parole au médecin qui dirige ce traitement, le doyen de la Faculté de Médecine, *affirmant, sur papier timbré, qu'une maladie est incurable dans l'état actuel de la science* !

« Vous auriez dû dire, Monsieur le doyen, dans l'état actuel de *ma science* et de mes connaissances.

« Je suis obligé de conclure que M. G. Crocker a été l'instrument inconscient de ces jalousies professionnelles et de ces antagonismes qui se retrouvent du plus petit au plus grand.

« *Invidia medicorum pessima.* »

Donc, en l'absence du chirurgien traitant, sans entendre ses explications et sans discuter. M. Debove a délivré un certificat d'*incurabilité* qui permet à M. Crocker de conclure que Doyen n'était pas de bonne foi lorsqu'il a déclaré qu'il *espérait* guérir la malade.

Les conditions spéciales dans lesquelles ce certificat était rédigé ne pouvaient pas laisser de doute sur l'usage qui devait en être fait par devant la justice.

M. Debove n'a donc pas agi avec notre confrère Doyen, autrement qu'il ne l'eût fait avec un rebouteur, un sorcier, un charlatan, un écornifleur quelconque de l'art de guérir.

Avait-il d'ailleurs une compétence spéciale pour se prononcer d'une manière aussi dogmatique sur le pronostic d'une maladie d'apparence cancéreuse ? Nullement, et il faut même accorder que son expérience clinique sur ce point n'est pas à mettre en parallèle avec celle de Doyen,

C'est donc le doyen de la Faculté de Médecine de Paris qui a mis dans le plateau de la balance la haute fonction dont il est investi, pour accabler, s'il le pouvait, un adversaire qui s'est permis d'être un opérateur éminent et un hardi novateur, sans porter la toque, ni la robe.

Peut-être, par une attestation de ce genre. M. Debove a-t-il voulu complaire à ses collègues, les professeurs de chirurgie, dont les suffrages sont nécessaires pour sa réinvestiture au décanat ?

Mais qu'il nous laisse lui dire que ce n'est pas là un beau geste, suivant l'expression à la mode, et que si l'on consultait le corps médical sur sa conduite par un *referendum*, il risquerait fort de ne pas être classé comme le premier confrère de France, et il devrait l'être comme doyen de la Faculté de Paris.

Une autre conséquence du certificat d'*incurabilité*, c'est le désespoir, où il n'a pu manquer de faire tomber

la patiente qui en était l'objet et qui avait pu concevoir quelque espérance du traitement par le sérum anticancéreux. La perspective de la mort prochaine est pire que la mort elle-même, nous le savons tous. Même si M. Debove avait la certitude mathématique d'un pronostic fatal, ce qui est impossible, avait-il humainement le droit d'inscrire sur une feuille de papier timbré que la malade était condamnée à mort ?

On aurait compris qu'il rectifiât le pronostic de Doyen s'il avait eu une médication nouvelle à proposer ; mais loin d'apporter aucun soulagement à la malade, il se contente d'affirmer que tout traitement est inutile par le fait qu'elle est incurable.

Il me souvient, lorsque j'étais l'interne de Gosselin à la Charité, de lui avoir entendu tenir plusieurs fois ces propos : « Les cancers du sein récidivent toujours tôt ou tard, mais je les opère quand même, parce que nous n'avons pas le droit de dire à ces pauvres femmes qu'elles sont inopérables et incurables. »

Gosselin, qui était un grand chirurgien plein d'humanité, appartenait à une autre école que celle du doyen actuel de la Faculté.

G. V.

Le jugement rendu par la première chambre du tribunal civil de la Seine, est venu, sauf en un point où les magistrats ont, suivant leur inexplicable habitude, qualifié les honoraires d'exagérés, confirmer l'opinion de la justice à celle de M. le Dr Variot. La leçon est donc à retenir, et un journal comme celui-ci ne pouvait pas manquer de l'enregistrer.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Au Syndicat de la Seine

Les partisans du *statu quo* dans le Syndicat de la Seine ne paraissent plus conserver comme cheval de bataille les deux bonnes plaisanteries de « la Bourse du travail » et de la « candidature officielle ».

Faisant arracher à sa neutralité par la société des bureaux de bienfaisance (!) le Président resté en fonctions pour affirmer la continuation de l'existence du Syndicat, ils l'ont chargé de la défense sur un des points du programme qui ont motivé le conflit.

M. le Dr Rotillon l'a essayée dans l'article suivant du *Bulletin médical*.

DU CHOIX DES MEDECINS PAR LES INDIGENTS

Cette question, toute d'actualité, va être posée à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, le 17 mars prochain.

Elle a été soulevée incidemment, et exposée oralement, en 1906, par le Dr Diverneresse, de Saint-Mandé, devant une commission du Conseil d'administration, qui avait demandé un rapport écrit ; ce rapport n'ayant pas été fait, n'a pu être discuté au Conseil de l'administration. Il est donc inconnu de mes collègues.

Si le projet n'a pas été modifié, il se résume ainsi :

1° Maintien, pour les médecins du bureau de bienfaisance, de leur situation actuelle.

2° Liberté pour les indigents et nécessiteux de choisir, pour les soigner, un des médecins qui se seraient inscrits à la mairie pour faire ce service.

L'exposé du projet fera sans doute connaître si les médecins actuels doivent disparaître complètement par voie d'extinction ou être remplacés au fur et à mesure des vacances.

Il nous apprendra aussi comment les médecins bénévoles prévus seront honorés et sur quels crédits on prendra les honoraires destinés à ces médecins.

Le budget de l'Assistance publique s'équilibre difficilement, tant les charges sont grandes pour cette Administration et, actuellement, le Conseil municipal ne paraît pas disposé à augmenter les dépenses, puisqu'au contraire il recherche les économies réalisables (rapports Ranson et Heppenheimer).

Laissons de côté la question financière qui peut nous toucher comme contribuables, et n'examinons que la question médicale.

Actuellement, les médecins de l'Assistance médicale à domicile sont nommés au concours, conformément à la loi de 1849. Les indigents ont le choix entre deux, trois et quatre de ces médecins.

Dans le projet Diverneresse les futurs médecins des indigents et nécessiteux se désigneront eux-mêmes en s'inscrivant à la mairie.

Les indigents demanderont volontiers, pour les soigner, le médecin qui se recommandera à eux par son empressement et par le grand nombre des visites qu'il leur fera. Il se produira des abus extraordinaires comme il s'en produit pour le service de nuit et même pour les victimes des accidents du travail, drainées vers certaines cliniques ou certains médecins qui s'en font une spécialité.

De plus, à chaque visite, le médecin bénévole fera une ordonnance et les frais de cette ordonnance devront être supportés par l'Assistance publique, dont les charges augmenteront considérablement.

Sur 1000 membres du Syndicat, il y a environ 200 membres du département de la Seine et 800 médecins parisiens.

Je ne sais si le libre choix du médecin, dans la banlieue parisienne, entraîne les mêmes inconvénients qu'à Paris. C'est peu probable. Nos confrères de la banlieue ont déjà donné des preuves sérieuses de leur solidarité ; soit à Nanterre, soit à Asnières, soit à Neuilly ; ils trouveront facilement la solution de cette question, en se solidarisant comme ils l'ont déjà fait.

Mais, à Paris, la situation est bien différente ; tous les médecins de Paris ne peuvent arriver à s'entendre comme dix, vingt ou trente médecins peuvent le faire en province.

Et parmi les 1.500 médecins qui ne font pas partie du Syndicat, il s'en trouvera certainement quelques-uns qui abuseront de la situation.

Je ne veux pas envisager le libre choix du médecin par les indigents et nécessiteux, qui sont soignés à l'hôpital, car il sera trop facile de démontrer les abus qu'entraînerait ce choix du médecin pour chaque malade soigné à l'hôpital.

La question limitée au choix du médecin par les indigents et nécessiteux soignés à domicile est certainement prématurée en ce qui concerne Paris.

Il est regrettable que cette question ait été soulevée, car elle est une de celles qui ont amené une profonde division dans le Syndicat, et nous avions cependant un grand nombre de questions sur lesquelles nous étions d'accord et sur la solution desquelles nous

aurions dû porter tous nos efforts, plutôt que de nous diviser.

Cette division ne profitera guère au corps médical et encore moins au Syndicat des médecins de la Seine, qui devra se prononcer le dimanche 17 mars.

Dr Rotillon.

L'Administration tiendrait-elle un autre langage pour résister aux vœux du Corps médical ? Jonglerait-elle plus agréablement avec les accusations d'abus, avec la suspicion jetée à la tête des médecins ? On croirait entendre M. Monod lui-même en ses heures d'inspiration restées célèbres.

Mais une chose étonne au moins autant que tout le reste : celle-ci. Puisque la question n'aurait pas dû être soulevée, on se demande pourquoi le Président s'en aperçoit si tard, et pourquoi il n'indique pas à quelle époque, après quels travaux préparatoires, on peut espérer la voir devenir opportune.

Faut-il aussi compter sur la *Société médicale des bureaux de bienfaisance* pour dicter cette réponse au Syndicat ? Si oui, ce serait l'aveu complet de la main mise sur celui-ci par celle-là. Ainsi s'expliquerait la mentalité *administrative* et non *syndicale* des platoniques amoureux de la liberté de choix.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Brest.

Lettre de protestation
A Monsieur le Ministre de la Marine

Brest, 11 février 1907.

Monsieur le Ministre,

Les médecins de l'arrondissement de Brest, réunis en séance syndicale, le 1er février 1907, après avoir entendu le rapport de la Commission sur l' « Exercice de la Médecine civile par les médecins non patentés » ont décidé à l'unanimité de vous faire parvenir la lettre de protestation qui suit à laquelle est joint un résumé du rapport de la Commission :

Monsieur le ministre,

A plusieurs reprises, les médecins civils de Brest ont eu à se plaindre de la concurrence qui leur était faite par les médecins de la Marine en activité.

En 1894, notamment, une protestation du Syndicat médical de Brest parvint à Monsieur le Ministre de la Marine par l' intermédiaire de l' « Union générale des Syndicats médicaux ». Cette démarche nous valut de la part de Monsieur le Ministre de la Marine une réponse écrite, datée du 4 décembre 1895 et qui contient cette phrase : *Il est enjoint aux médecins de la Marine comme à ceux de la Guerre de ne pas rechercher la clientèle de manière à en retirer un revenu fructueux.* »

Le même motif nous oblige aujourd'hui, Monsieur le Ministre, à vous adresser une nouvelle protestation.

Alors que, dans tous les ports de guerre autres que Brest, les relations confraternelles entre les confrères civils et les confrères de la Marine sont excellentes ; il est impossible qu'il en soit ainsi à Brest, qui est actuellement le seul port où certains médecins de la Marine continuent à rechercher la clientèle civile et à l'exercer au détriment de leurs confrères civils. Le tort qui nous est fait est d'autant plus préjudiciable que les médecins patentés sont aujourd'hui très nombreux et que la pléthore médicale existe à Brest comme partout.

Avant de formuler cette protestation, le Syndicat a confié à une Commission composée de trois membres le soin de faire une enquête, auprès de tous les confrères civils, enquête qui devait l'éclairer et lui dicter sa conduite. La Commission a pu constituer un important dossier où figurent les preuves indiscutables de l'exercice rétribué de la médecine civile par un certain nombre de confrères de la Marine (1).

Nous nous plaisons à reconnaître la parfaite correction de la grande majorité de nos confrères de la Marine qui comprennent que la tâche délicate qui leur incombe (*congés, certificats d'origine, pensions*), est incompatible avec la recherche de la clientèle rétribuée et tiennent à conserver leur entière impartialité. L'esprit libéral qui anime les membres du Syndicat aurait même fait rejeter l'idée d'une protestation collective, si les médecins de marine dont nous déplorons l'attitude avaient fait une clientèle vraiment restreinte, si surtout leurs procédés avaient toujours été courtois et confraternels. Il n'en est malheureusement pas ainsi : le tort qui nous est fait a touché dans leur clientèle privée 14 de nos confrères et nous donne le droit de nous émouvoir à juste titre. Le médecin de marine dont nous avons le plus à nous plaindre recherchait la clientèle par tous les moyens possibles et ne respectait même pas les règles de la déontologie la plus élémentaire. Ce confrère, actuellement absent, et qui se vantait de faire 4 à 500 fr. de clientèle par mois, est susceptible de revenir un jour ou l'autre à Brest ; ses procédés et son exemple sont actuellement suivis par un de ses collègues de la Marine auquel il a confié ses clients *civils et payants* au moment de son départ.

Nous sommes résolus, Monsieur le Ministre, à lutter de toutes nos forces contre l'exercice de la médecine civile par les médecins de la Marine. Cette question est pour notre Syndicat une question qui sera en tête de notre programme tant qu'elle ne sera pas résolue : question d'autant plus grave, que l'autorité maritime supérieure semble précisément approuver ce que nous réprouvons chez nos confrères de la Marine. C'est ainsi que récemment, en réponse à l'un de nos membres qui se plaignait de la concurrence qui lui était faite par un « Médecin de 2e classe de la Marine » Monsieur le Directeur du Service de Santé écrivit (2) : « *La concurrence dont vous vous plaignez n'est pas nouvelle et a existé de tout temps dans nos ports militaires et dans nos villes de garnison. L'exercice de la médecine civile par les médecins, tant de la marine que de la guerre, est un droit incontestable que leur donne leur diplôme ainsi que les Ministres de la Marine et de la Guerre, consultés à diverses reprises, l'ont toujours reconnu.* »

Cette réponse, Monsieur le Ministre, est de nature à soulever parmi nous un étonnement profond. Elle est en contradiction avec les réglements ministériels de la Guerre qui interdisent dans les villes de garnison l'exercice de la médecine civile par les Médecins de la Guerre. Elle est en contra-

---

(1) Nous joignons à cette lettre un des reçus qui figurent au dossier ; nous tenons, Monsieur le Ministre, toutes les autres pièces à votre disposition.

(2) Lettre datée du 24 mai 1906. Signée : Friocourt.

diction avec les règlements ministériels de la Marine (circulaire du 8 octobre 1901) qui disent que « *la qualité d'officier est absolument incompatible avec l'exercice d'une profession.* » Dans la lettre du 4 décembre 1895 à laquelle nous avons fait allusion plus haut, Monsieur le ministre de la Marine affirmait « *qu'aucun médecin de la marine ne devait être réputé payer patente* », or seule la patente donne le droit à l'exercice d'une profession.

Nous basant, Monsieur le Ministre, sur les règlements ministériels qui paraissent devoir s'appliquer aux officiers du Corps de Santé de la Marine, comme à tous les autres officiers de la Marine, nous sollicitons votre haute intervention pour mettre fin à l'état de choses que nous avons l'honneur de vous signaler. Cet état de choses est préjudiciable à la Marine, est préjudiciable aux médecins patentés de la ville de Brest et aux bonnes relations qui doivent régner entre les confrères civils et les confrères de la Marine.

POUR LE SYNDICAT,
Le Président, Dr CIVEL.

Syndicat professionnel des médecins de Marseille.

Nous venons de recevoir des lettres d'amical blâme du Président et du Secrétaire du Syndicat de Marseille. Quoique l'insertion ne nous ait pas été demandée, nous eussions publié, si des tierces personnes ne s'étaient pas ainsi trouvées mises en cause.

Avions-nous mérité ce blâme en accusant trop vivement de torpeur le bureau du Syndicat ? Peut-être, et en ce cas nous n'hésitons pas à l'accepter. Notre première excuse est dans le vif dépit que nous avons éprouvé en ne recevant pas en temps utile ni par l'A. G. ni par l'Union, ni par le Concours, les documents relatifs au relèvement à 2 fr. 50 du prix de visite aux accidentés du travail à Marseille. Nos confrères disent avoir adressé leur dossier au Ministère du Commerce directement ; aussi nous venons de prier M. Paulet, l'aimable directeur de l'assurance et de la prévoyance, d'en rechercher la trace.

Mais nous souffrions aussi, depuis trop longtemps, de ne plus trouver Marseille au premier rang sur la brèche quand l'Union des Syndicats lançait un appel général. Aujourd'hui, nos amis nous apprennent que les défections, dans une lutte d'ensemble déjà ancienne, étaient venues leur imposer la prudence pour un temps. Ils avaient rencontré la crise dont parlait notre dernier numéro et traversé des heures pénibles : mais le Syndicat est resté debout, c'est l'important. Tout nous permet donc d'espérer que, la liberté de choix du médecin étant chose maintenant reconnue par la loi-accidents d'une part, et de l'autre par l'accord qui vient de se faire dans la conférence médico-mutualiste (accord dont nous préciserons prochainement les termes déjà indiqués au n° du *Concours* d'août 1906), le Syndicat de Marseille, rejoindra au *Congrès des Praticiens* l'avant-garde de la défense professionnelle. MM. G. Brémond, Reynès. Darcourt, que nous espérons bien y rencontrer, verront alors que nos vivacités de plume ou de langage, si nous en avons commis, sont à mettre uniquement sur le compte des déceptions de l'apostolat, accidents qu'ils connaissent sans doute aussi bien que nous, et qu'il faut savoir se pardonner.

Dr H. JEANNE.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

ORGANISATION DE L'OFFICE CENTRAL POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Séance du jeudi 14 février 1907.

Des convocations avaient été envoyées à :

MM. les docteurs Duchesne, Dubuisson, député ; Levassort, Gouffier, Sentourens, Louis Lièvre, Mazeran, Jeanne, Noir, de Grissac, O' Followell, Dignat, Archambaud, Lemière, Proby, d'Oullins (Rhône) ; Gondre, de Lherm (Haute-Garonne) ; Boudin, d'Oyonnax (Ain) ; Gairal, de Carignan (Ardennes) ;

Maîtres : Rocher, Bruno-Dubron, Maingon, Gatineau,

MM. les dentistes : Bonnard, Bruel, Delaire,

Mmes les sages-femmes : Bourgeois. Thévenin, Madec, de Lambezellec (Finistère).

Etaient présents :

MM. les Docteurs : Dubuisson député, Levassort, de Grissac, Archambaud, Dignat, Mazeran, Henri Martin, pharmacien, Vimont, Jeanne, Bourgeois, Thévenin,

S'étaient excusés :

MM. les Docteurs : Gondre, de Lherm (Haute-Garonne) ; Lemière (de Lille), Boudin, d'Oyonnax (Ain) ; Duchesne, Gouffier, Bruno-Dubron, Rocher.

La séance est ouverte à quatre heures et demie sous la présidence de M. le docteur Dubuisson, député.

Lecture de la Correspondance.

M. le docteur Levassort, donne lecture des lettres reçues de MM. les docteurs Boudin et Lemière, exprimant le désir de voir une réunion de l'Office coïncider avec le Congrès des Praticiens.

Cette proposition est adoptée.

Choix d'un président.

La mort de M. le professeur Brouardel a privé l'Office de son Président, et il importe que l'œuvre ait à sa tête une personnalité ayant dans le monde médical une notoriété telle, que les relations avec les pouvoirs publics et le monde officiel nous soient grandement facilitées.

Nul ne paraît plus qualifié que M. le Docteur Lereboullet membre de l'Académie de Médecine et président de l'Association Générale des Médecins de France, pour présider à nos travaux, et à l'unanimité, les membres présents décident de lui offrir la Présidence et chargent M. le Docteur Levassort de faire les démarches nécessaires.

Lors de la prochaine réunion, l'Office devra faire choix des membres qui composeront son bureau ; toutefois, sur la proposition de M. le Docteur Archambault, M. le Docteur Gouffier et M. le Docteur Levassort sont priés de conserver leurs fonctions de trésorier et de secrétaire.

Un échange de vues a eu lieu ensuite concernant le choix d'un auxiliaire destiné à suppléer le Secrétaire, mais cette question sera reprise,

car la solution ne semble pas actuellement facile à trouver.

Subventions des principales Sociétés.

M. le Docteur Levassort rend compte des subventions accordées par l'Association générale, l'Union des Syndicats, le *Concours médical*, le *Sou médical* et le Syndicat des Médecins de la Seine. Ces subventions assurent la marche de l'Office pour quelques mois. Dans l'avenir, un appel pourra être adressé aux Sociétés parisiennes et de province, mais pour le faire avec succès, il semble nécessaire que l'Office ait affirmé son utilité par des actes et ait publié un programme des travaux à poursuivre.

Plan de travail.

M. le docteur Dignat demande quel sera le rôle de l'Office, si ce sera une sorte d'agence de renseignements, ou si, au contraire, il prendra une part active à la répression.

M. le docteur Levassort rappelle qu'au Congrès il s'est longuement étendu sur cette question, et qu'il a été décidé que l'Office aurait surtout pour mission de centraliser les renseignements et classer les jugements de manière à pouvoir indiquer aux confrères de province la meilleure marche à suivre pour exercer les poursuites ayant trait à l'exercice illégal.

Chaque société conserve son indépendance et son autonomie, et c'est ainsi, par exemple, que le Syndicat des Médecins de la Seine, qui subventionne l'Office, poursuit, pour son compte personnel, les délits d'exercice illégal.

M. le Docteur de Grissac demande à ce que l'Office centralise tous les noms des délinquants, tant de Paris que de province.

M. le Docteur Levassort répond que ce travail est déjà commencé, et que, par des dossiers et des fiches, bon nombre de charlatans et d'agences louches, sont déjà connues et classés.

M. le docteur Jeanne fait la proposition d'adresser aux Sociétés et aux Syndicats de Paris et de province une sorte de referendum, pour leur demander la façon dont ils comprennent l'organisation de l'Office et la nature des services qu'ils pensent pouvoir lui demander. Cette proposition est très favorablement accueillie et adoptée.

Impression du compte-rendu sténographique.

M. Levassort rend compte des difficultés qu'il a jusqu'à présent rencontrées, pour l'impression du compte-rendu du Congrès.

Un imprimeur avec qui il avait traité, n'a pas tenu ses engagements, et, après beaucoup de démarches, de retards et d'ennuis, M. Levassort a été trop heureux de rentrer en possession de son manuscrit, mais il se trouve encore actuellement dans la plus grande incertitude, car il n'a pas d'imprimeur sous la main, ou du moins ceux qu'il connaît ne feraient le travail qu'à des prix tellement élevés, que les ressources disponibles n'y suffiraient pas. M. Levassort promet toutefois de faire l'impossible pour que ce volume paraisse un peu avant le Congrès des Praticiens.

Liste officielle des médecins français.

M. Levassort rappelle que le Congrès a émis le vœu de voir la liste exacte des Médecins français établie sous les auspices de l'Office central. La confection de cette liste ne pouvant se faire sans les renseignements que possèdent les Doyens de Faculté, il a été décidé qu'aussitôt l'acceptation de la Présidence par M. le Docteur Lereboullet une démarche sera faite auprès du Ministre, afin d'autoriser les Présidents des Syndicats et des Sociétés, dûment constitués à demander des renseignements aux Doyens de Faculté. Cette mesure aura comme conséquence de fournir le moyen de créer l'Annuaire officiel du Corps médical français.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à six heures et demie.

Le secrétaire de la séance,
Docteur MAZERAN (de Châtel-Guyon).

Nota. — Depuis la réunion, une démarche a été faite auprès de M. le Dr Lereboullet et nous sommes heureux d'annoncer que le très distingué Président de l'Association générale accepte de présider notre office. Nous sommes convaincus que notre œuvre va prendre désormais toute l'ampleur qu'elle mérite et nous nous félicitons des sympathies qu'elle continue à rencontrer.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.
5e *Session, Alger*, 1-6 avril 1907.

M. le secrétaire général du Congrès a l'honneur d'informer les adhérents que les chemins de fer du Nord, de l'Est, de l'Ouest, de l'Etat et du P.-L.-M. ont accordé la réduction de demi-tarif à ceux de nos membres empruntant leurs lignes pour se rendre de leur résidence au port d'embarquement, Marseille, Port-Vendres, etc., et prie ceux qui voudraient bénéficier de cette réduction d'adresser *d'urgence* leur demande en indiquant leur point de départ et le port d'embarquement choisi au Dr L. Guinon, 22, rue de Madrid à Paris qui leur fera parvenir les bons de presse pour l'aller et le retour.

Facultés et hôpitaux.

M. le prof. Paul Segond a commencé le cours de médecine opératoire le vendredi 8 mars 1907 à 4 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Objet du cours : Chirurgie abdominale d'urgence.

M. le prof. Déjerine a commencé ses leçons sur les maladies du système nerveux, à la Salpêtrière, le mardi 5 mars 1907, à 5 h. et les continuera les mardis suivants à la même heure.

— M. Wallich, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'accouchement le mardi 5 mars 1907, à 5 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs SOUEIX, de Saint-Girons (Ariège) ; PESLERBE, de Nangis (S.-et-M.) ; LEGALLOIS, de La Ferté-Macé (Orne) ; BEAURIEUX, d'Orléans ; LEDIEU, de Rennes, et GRIMAULT, de Bordeaux, membres du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 12 | Dimanche 24 MARS 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Assemblée générale extraordinaire du Syndicat des médecins de la Seine

Résultats du premier tour de Scrutin.

Président : PHILIPPEAU.
Vice-Présidents : NOIR
— RENON
Secrétaire Général : BELLENCONTRE
Trésorier : VIMONT
Secrétaire des séances : LEVASSORT

Conseillers :

CHANDEBOIS
DAUCHELLE (La Varenne)
DESCOUST
GUILLON PAUL
MAINGUY (Bourg-la-Reine).

CONVOCATION

Deuxième tour de Scrutin.

Le Scrutin de Ballottage aura lieu le *dimanche 24 mars*, dans le *Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.*

Le Scrutin sera ouvert de 2 *à* 4 *heures.*

Messieurs les scrutateurs sont instamment priés de vouloir bien se réunir à 1 *heure trois quarts* pour former les bureaux.

Le Ballottage porte sur :
1° *Le Rédacteur en chef du Bulletin* ;
2° *Un Secrétaire des Séances* ;
3° *Sept Conseillers.*

Le Président.
PHILIPPEAU.

A propos du scrutin de ballottage du 24 mars 1907.

Malgré l'appui d'une Presse médicale puissante, patronnée par d'éminents professeurs de la faculté de médecine, malgré une campagne de mauvaise foi, cherchant, en dépit de démentis répétés, à établir une équivoque voulue sur ces fameuses plaisanteries de la Bourse du Travail et de l'introduction de la politique au Syndicat de la Seine, malgré une pression formidable et la mobilisation d'importantes sociétés de médecins, fonctionnaires enrégimentés, malgré, enfin, l'intervention personnelle d'un Président d'honneur du Syndicat qui, tout en y rendant de grands services, y a trouvé les honneurs, la liste de nos amis patronnée par le *Concours médical* a remporté en partie la victoire au scrutin de dimanche dernier. Sur *six* membres du bureau élus, *Cinq*, en effet, appartiennent à notre liste : les Drs *Philippeau*, président; *Noir*, vice-président; *Bellencontre*, secrétaire général: *Levassort*, secrétaire des séances, et *Vimont*, trésorier.

Ce scrutin démontre que nos confrères de la Seine sont animés du véritable esprit syndical, qu'ils sont prêts à marcher en avant, qu'ils veulent la défense intensive des libertés médicales contre les prébendes et les monopoles, et le libre choix du médecin par le malade,dans tous les cas, tout en respectant les situations acquises.

Que dire de l'Assemblée générale ? Jamais on n'avait vu une assistance aussi nombreuse, puisque quatre cent soixante-dix-sept confrères étaient venus apporter leur bulletin de vote. La séance, tumultueuse au maximum, rappelait les grandes séances de nos assemblées parlementaires. Incidents orageux, provoqués par la protestation de vingt membres contre la candidature d'un confrère, ancien médecin militaire, n'ayant jamais exercé la médecine civile, et n'ayant pas le droit légal de faire partie du syndicat, puis par la protestation énergique du Dr Laisné contre l'admission d'anciens membres du syndicat, jadis démissionnaires à la suite de la campagne du Dr Diverneresse et demandant aujourd'hui leur réintégration pour venir voter en masse contre les principes syndicaux et ceux qui les défendent.

Dimanche prochain, 24 mars, scrutin de ballottage. Pour que le Syndicat puisse faire œuvre utile, il faut que le Conseil et le bureau soient en parfaite communion d'idées, il faut que les médecins parisiens et nos amis du *Concours* et du *Sou* continuent leur œuvre de défense professionnelle en votant pour la liste sur laquelle se trouvent inscrits le Dr Diverneresse et nos amis, liste que l'on trouvera plus bas.

M. Diverneresse n'a jamais eu, comme le prétendent ses ennemis, la ridicule idée de vouloir supprimer les médecins fonctionnaires.

Il y a seize ans, en 1891, M. Diverneresse rendait un premier service à tout le corps médical français en obtenant de la Cour d'appel de Paris le jugement que voici :

« Attendu ... que J... n'est pas fondé à se plaindre que Diverneresse aurait, dans certains cas, conseillé à ses clients de faire prendre leurs médicaments dans une autre pharmacie que la sienne ; qu'un médecin a le droit et le devoir de se préoccuper de l'efficacité des médicaments qu'il ordonne ;

« Que s'il reconnaît que le pharmacien livre des médicaments défectueux, il peut et *doit même* faire à ses clients les observations, et, par suite, les engager à prendre leurs médicaments dans une autre pharmacie ».

Depuis plusieurs années, le Dr Diverneresse mène sans aucun profit pour lui, au détriment de sa clientèle, contre tous ses intérêts, et en se créant d'irréductibles inimitiés, une campagne dont les résultats ont servi les intérêts de tous les praticiens sans exception. Voter pour lui, est un devoir d'équité et de reconnaissance.

Liste sur laquelle nous prions nos amis de se rallier.

Secrétaire des séances :	DIVERNERESSE.
Rédacteur du Bulletin :	GUILLEMONAT.
Conseillers :	BARRAUT.
—	GRUNBERG.
—	LAMOUROUX.
—	LAISNÉ.
—	LECERF.
—	LEREDDE.
—	RAMONAT.

FEUILLETON

Les jardins de la Médecine (1)

par le Dr F. HELME

Ce livre est un recueil d'études qui, toutes, de près ou de loin, se rattachent à l'art médical. Ici, de l'histoire : *La sinusite maxillaire de Louis XIV*, *Apothicaires et pharmaciens, les Paysans au Moyen Age, Diderot médecin, Voyages de Montaigne aux eaux, la maladie et le testament de Jean-Jacques Rousseau*, etc. Là, de la sociologie et de la psychologie : *L'évolution du féminisme, Essai sur l'amour, Impressions d'Allemagne*, etc. Ailleurs encore, des portraits et des figurines : *Trousseau, Bretonneau, Potain, Hanot, Péan, Sappey, Girode, Charcot*, le fantaisiste *Dr Gruby, le Dr Hamon, médecin de Port-Royal*, etc.

Ce charmant volume, très attrayant, remarquablement écrit, mérite plus et mieux qu'une simple mention. J'ai beaucoup d'estime pour le talent d'écrivain du Dr Helme, que je lis toujours avec plaisir, et je saisis avec empressement l'occasion qui m'est offerte de signaler sa belle humeur, sa verve, son entrain et son esprit primesautier. Tous ces articles méritaient d'être conservés et j'en recommande la lecture, un vrai régal, à ceux de nos confrères qui ne les connaissent pas encore.

Comme originaire du Périgord, je me suis particulièrement intéressé aux avatars de Montaigne, voyageur atrabilaire aux prises avec la maladie. Il y avait un misanthrope aigri, un neurasthénique avéré derrière le philosophe et notre cher grand homme, dont nous sommes très fiers, restait un homme, soit qu'il eût à se plaindre des punaises d'Italie, beaucoup trop entreprenantes, soit qu'il fût victime de son intempérance, en prenant des eaux minérales à tort et à travers, sans s'être soumis auparavant à une direction médicale, comme cela se fait encore aujourd'hui, avec tant d'imprudence.

On peut dire sans hyperbole et sans être un ami trop zélé que l'œuvre de Montaigne contient en résumé toute la sagesse de l'antiquité et des temps modernes. Son *que sçais-je* un peu déconcertant n'est-il pas l'indice de la prudente réserve du penseur, qui a beaucoup étudié, beaucoup réfléchi, et ne s'en laisse pas imposer par les théories et les polémiques, par les credo exclusifs et les affirmations intolérantes ?

Je ne saurais m'apitoyer sur l'accident de laboratoire survenu à Rousseau, désireux de trouver un gagne-pain pour lui et sa bienfaitrice. Quoique le docteur Helme affirme qu'il est aussi difficile de justifier Rousseau qu'il est aisé de l'accabler, on sent qu'il a beaucoup d'indulgence pour ses faiblesses et c'est presque avec attendrissement qu'il parle de ses amours avec Mme de Warens. En somme, le philosophe

(1) Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine de Paris. — Un volume in-8° écu, 3.50.

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE
(CONGRÈS DES PRATICIENS)

(Réformes de l'enseignement médical — Libre choix du médecin)

PROGRAMME DU CONGRÈS

A. — *Réformes de l'enseignement médical.*

L'hôpital centre d'enseignement clinique : Drs HIRTZ et CAUSSADE (Paris); Dr REYMOND (Paris).

L'hôpital, centre de recherches et d'enseignement scientifique : Dr RIST (Paris).

Les cours de vacances et l'enseignement complémentaire : Dr BARBARIN (Paris).

Organisation des écoles étrangères au point de vue de l'enseignement professionnel : allemandes : Dr JAYLE (Paris) ; anglaises : Dr JARVIS (Paris) ; américaines : Dr KŒNIG (Paris).

Recrutement des professeurs à l'étranger et en France : Dr SOREL (Dijon).

P. C. N. et instruction scientifique préparatoire : Dr GILLET (Paris), Dr VIGNARD (Lyon).

C. E. M. S. Les nouveaux diplômes de Facultés : Dr COPPENS (Lille).

Agrégation et privat-docentisme : Dr HUCHARD (Paris).

Organisation des examens. Les examens cliniques : Association corporative des étudiants en médecine (Paris) : Dr MERCIER (Tours).

Enseignement des spécialités pour le médecin et pour le spécialiste : Chirurgie : Dr MONPROFIT (Angers) ; Dermatologie : Dr BODIN (Rennes); Ophtalmologie : Dr MORAX (Paris) ; Dr MOTAIS (Angers); Laryngologie : Dr HECKEL (Paris) ; Pédiatrie : Dr RIST (Paris) ; Gynécologie et obstétrique : Dr BERTHOD (Paris) ; Neurologie et psychiatrie : Dr GASNE (Paris) ; Urologie : Dr MINET (Paris) ; Stomatologie : Dr MAHÉ.

B. — *Libre choix du médecin.*

Libre choix dans les mutualités : Dr GAIRAL (Carignan), Dr BOLLIET (Lyon), Dr ALBERTIN (Lyon).

Libre choix dans les grandes Sociétés industrielles : Dr VALLAT (Joinville).

Libre choix dans les manufactures de l'Etat : Dr VERHAEGHE (Lille).

Libre choix pour les blessés du travail : Dr DALLY (Paris).

Libre choix pour les indigents : Dr DUBUISSON (Paris).

N.-B. — La date du Congrès est fixée au 12 avril 1907, à Paris. Les rapports seront au préalable distribués à tous les adhérents.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Leredde, secrétaire général, 31, rue de La Boétie, Paris.

SOCIÉTÉS ADHÉRENTES AU CONGRÈS.

Liste des délégués.

Société médicale des hôpitaux de Paris : LEGENDRE, BARTH.

Société d'ophtalmologie : MORAX, CHEVALLEREAU.

Société de Laryngologie : LUC, HECKEL.

Société de Pédiatrie : RIST.

---

genevois s'est fait longtemps entretenir par une femme sensuelle, plus âgée que lui, manquant de bon sens, et se lançant sans trève dans des spéculations hasardeuses, et tout cela n'est pas très propre. Je veux bien accorder des circonstances atténuantes à l'ancien laquais des Gouvein, à son humeur maladive, mais je me refuse à partager l'admiration aveugle de ses partisans pour ce démolisseur acharné, insociable; je suis choqué par son emphatique phraséologie, l'indélicatesse de ses sentiments, l'insécurité de ses relations, par sa sensiblerie factice, par les malpropretés des Confessions, les sophismes et les paradoxes du « Contrat social », par son intolérance allant jusqu'à réclamer le bannissement et la peine de mort pour quiconque n'admettait pas les dogmes de sa religion civile.

Jules Lemaître a bien fait de démolir ce mannequin qui fut toujours un cuistre, selon le mot de Mme de Clermont-Tonnerre, visitant le tombeau de l'île des Peupliers.

J'ai eu plus de plaisir à m'appesantir sur les pages où l'auteur attribue en grande partie la solidité scientifique et la portée des œuvres philosophiques de Diderot, à son goût pour les études médicales. On n'apprendra pas sans étonnement que Diderot ne se contenta pas de s'occuper de médecine en dilettante, mais qu'il publia d'importants travaux, entr'autres *Eléments de physiologie*, avec une verve et une abondance que plus d'un médecin de son temps auraient pu lui envier.

Plusieurs furent de ses amis, Bordeu, Tronchin et Antoine Petit, qu'il cite volontiers : « Pas de livres, dit-il, que je lise plus volontiers que les livres de médecine ; pas d'homme dont la conversation soit plus intéressante pour moi que celle des médecins ».

L'hommage est flatteur pour nos ancêtres.

Très suggestif le chapitre consacré à la vogue persistante du charlatanisme, ainsi que celui qui est dédié à l'instinct sexuel, à l'éternel amour, « invisible mais présent, pour mettre, ici un peu de rouge sur les joues, là une lueur fugitive dans les yeux ».

Très troublant aussi, à un autre point de vue, le mouvement de révolte féministe contre la brutalité de l'oppression masculine, avec sa répercussion sur les professions libérales.

Pour faire diversion, le lecteur n'a plus qu'à se reposer en la compagnie des élus, j'allais dire des saints de notre profession, ceux qui l'honorèrent et prêchèrent d'exemple par leur ardeur pour le bien, leur travail fécond, la perfection de leur jugement, leur discipline patiente et forte, et même par leur belle humeur, comme le docteur Baudin, que nous aimions tant à la Société du Xe arrondissement, et qui sut apporter, dans l'exercice de son art, un peu de l'optimisme qu'avec la santé lui avait octroyé la nature.

Memento et lege, quæso !

Dr GRELLETY
(de Vichy).

Syndicat des oculistes : MOTAIS, COSSE.
Société de l'Internat : VAQUEZ, VERCHÈRE.
Société du XVIe : GRAUX, BOUISSON.
Syndicat des médecins de Marseille : REYNES.
Syndicat du Tarn : THADÉE.
Syndicat médical de Meaux : CHARPENTIER.
Syndicat du Puy-de-Dôme : GAUTREZ, GUILLEMIN.
Syndicat des médecins du département d'Alger : VERHAEREN.
Médecins du département de l'Allier : GUINARD SAHUT.
Société du VIIe : TOLEDANO, BERBEZ.
Syndicat médical de l'arrondissement de Caen: CHARBONNIER, OSMONT.
Syndicat médical de l'arrondissement de Provins : DUPONT.
Syndicat médical de l'arrondissement de Vannes :
Société du IXe :
Société du XVIIe : GASNE. TISSIER-GUY.
Société du Xe : HAMAIDE, DUBOST.
Syndicat médical du Bas-Vivarais : LAGARDE.
Société «La Fraternelle du Caducée»: DEDET, GRANJUX.
Conseil général des Sociétés d'arrondissement: DUCOR, DIGNAT.
Union des Syndicats médicaux de France : DUBUISSON, NOIR.
Association générale des médecins de France LEREBOULLET, LEPAGE.
Concours médical : JEANNE, DIVERNERESSE.
Syndicat général des méd. franç. d'électr. et radiol. : GUILLEMONAT, LAQUERRIÈRE.
Syndicat de Lisieux : CORNIÈRES, HUE.
Syndicat des Deux-Sèvres : GAUD, BOCILLET, CHARIER.
Société de médecine Paris : BERNE, AUDISTÈRE.
Société médico-chirurgicale : GILLET, BOURSIER.
Syndicat des Pyrénées-Orientales.
Syndicat médical de la Nièvre.
Congrès de déontologie.
Syndicat de Heillan.
Syndicat d'Armentières.
Synndicat de Bernay.
Société médicale et chirurgicale de Lyon.
Société de médecine du Mans.
Syndicat du Sud Finistère.
Syndicat de Bourg.
Société de Neuilly-sur-Seine.
Société du IIe.
Syndicat du Sud-Est Grenoble,
Syndicat du Haut-Rhin.
Syndicat de Quimperlé.
Syndicat de l'Aube.
Société de secours mutuels des Deux-Sèvres.
Société du XIIe.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

—

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Direction de l'assurance et de la prévoyance sociales.

Contrôle des Sociétés d'assurances contre les accidents du travail.

Paris, le 15 mars 1907.

Vous avez saisi mon administration de différentes observations relativement au tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

J'ai l'honneur de vous faire connaître, en ce qui concerne le prix de la visite, que, contrairement à l'opinion que vous formulez, les travaux de la Commission et les termes de l'arrêté du 26 juillet 1906 n'assignent pas le prix de 2 fr. pour les communes non mentionnées dans la triple énumération qui constitue les trois articles dudit arrêté. Ce texte impose au contraire, par la combinaison du 1er aliéna de son article 3 avec le 1er du dernier alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 30 septembre 1905, le prix de 1 fr.50 pour toutes les localités comptant moins de 5.000 habitants et qu'il n'énumère pas.

En ce qui concerne la non désignation de la ville de Marseille à l'article 1er de l'arrêté du 26 juillet 1906, j'ai l'honneur de vous rappeler que la Commission, saisie d'un dossier contenant, sans autre pièce et sans lettre d'envoi, un certificat sur papier timbré relatif au prix de la visite dans cette ville antérieurement à 1901, a constaté qu'elle ne se trouvait pas en présence d'une demande régulière émanée d'un des groupements désignés au 2e alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 30 septembre 1905.

Pour Conflans-Sainte-Honorine, que vous avez verbalement signalé, aucune demande n'est parvenue à l'Administration.

En ce qui touche d'autre part les procès-verbaux de la Commission des tarifs, il ne paraît pas qu'il y ait lieu à leur publication, les conclusions seules des discussions subsistant sous forme d'avis dont le Ministre s'inspire pour prendre les arrêtés prévus par la loi.

Enfin pour ce qui est des demandes nouvelles tendant au relèvement des tarifs, j'ai l'honneur de vous informer qu'il ne pourra être procédé, au plus tôt à la modification du tarif établi par l'arrêté du 30 septembre 1905 qu'à l'expiration du délai de 2 ans fixé au 2e alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 (modifiée par celle du 31 mars 1905) soit à partir du 30 septembre 1907.

J'ajoute que les demandes de fixations transitoires prévues par l'article 1er dudit arrêté et opérées par l'arrêté du 26 juillet 1906 ne s'appliquaient qu'aux demandes adressées dans les trois mois qui suivirent la publication de l'arrêté initial du 30 septembre 1905, et que toutes demandes adressées postérieurement à ce dernier délai sont actuellement forcloses.

J'ai l'honneur de vous retourner ci-inclus la

note et la lettre que vous m'avez communiquées. Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociales,

Par autorisation, le conseiller d'Etat directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales.

Georges PAULET.

N. D. L. R. — Ce document officiel répond aux différentes questions qui nous parviennent quotidiennement au sujet de la revision du tarif des honoraires médicaux des accidents du travail, dit tarif Dubief. Il démontre une fois de plus la nécessité toujours plus urgente d'une action synergique de la part de nos groupements organisés. Il est déplorable que le directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales, ait à répondre, officiellement, à des demandes comme celles qui concernait Marseille notamment, que « *La Commission, saisie d'un dossier contenant, sans autre pièce et sans lettre d'envoi, un certificat sur papier timbré relatif au prix de la visite dans cette ville antérieurement à 1901, a constaté qu'elle ne se trouvait pas en présence d'une demande régulière émanée d'un des groupements désignés au 2e alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 30 septembre 1905.* »

Peut-on plus carrément et plus froidement dévoiler le mal dont nous souffrons et dont malheureusement nous aurons encore à pâtir : le manque de cohésion, l'absence d'entente ? Il est donc profondément regrettable que certains d'entre nous ne sentent pas davantage la nécessité d'une action collective et bien coordonnée. En l'espèce, l'effort à faire n'était pas grand, les Syndicats n'avaient qu'à réunir leurs dossiers et les transmettre soit aux bureaux du « Concours » soit à ceux de l' « Union » ou de l'Association générale, qui se chargeaient du reste.

Et ce « moindre effort » n'a même pas été fait ! Ne nous étonnons pas de certains mécomptes. Quand donc saurons-nous imiter la discipline sans défaillance des syndicats ouvriers ?

LA SEMAINE MÉDICALE

De la valeur suggestive des médicaments en thérapeutique, en particulier dans le traitement de l'incontinence d'urine prise comme cas-type.

D'après M. C. HAHN, la suggestion involontaire joue un rôle immense dans la production de maints effets obtenus dans la thérapeutique de l'incontinence d'urine. Déjà en 1904, le Dr Bérillon soupçonna le rôle considérable joué en cas d'incontinence d'urine par la suggestion, dans les résultats obtenus par l'emploi des médications si multiples qui y furent appliquées, Il a bien montré que toute la différence dans l'action des médicaments actifs employés chez les incontinents pour vaincre les spasmes ou renforcer l'atonie des sphincters provient d'une façon générale de ce que l'on a affaire à des individus suggestibles ou auto-suggestionables à des degrés différents.

Au point de vue psychophysiologique, l'état de confiance en leur guérison, auquel sont soumis un grand nombre d'individus auto-suggestionnés sur la vertu curative de leurs remèdes, apporte la preuve que ce processus doit être généralisé à la marche clinique de toutes les maladies, il est donc nécessaire que le médecin exerce volontairement, d'une façon plus usuelle qu'il n'a encore été fait jusqu'à présent, sa puissance persuasive à l'état de veille.

A quelle époque doit-on faire la première vaccination ?

La vaccination doit-elle être faite dans les premiers mois qui suit la naissance ou bien est il préférable d'attendre plus tard ?

Le Journal *Hygienische Rundschau* publie les recherches de plusieurs auteurs qui, pour résoudre la question, ont étudié systématiquement 300 enfants en les divisant en trois groupes ; les enfants de moins de cinq mois, les enfants de 6 à 18 mois et enfin, ceux plus âgés jusqu'à trois ans,

Au point de vue des manifestations consécutives à l'inoculation, ils font deux périodes d'une semaine chacune.

Dans la première semaine, les enfants du premier groupe, âgés de moins de cinq mois, ont présenté des résultats supérieurs à ceux du second groupe,

Les pustules normales furent de 85 p. c. pour les premiers de 75 p. c. pour les seconds, la réaction inflammatoire excessive beaucoup, moins fréquente également ; enfin, alors que 50 p. c. des enfants plus âgés eurent de la température, la proportion tombe à 36 p. c. avec les plus jeunes.

Quant à l'évolution ultérieure dans la troisième semaine, les tableaux montrent que les complications sont dans la même proportion pour les deux premiers groupes.

Il ressort de cette étude statistique qu'une vaccination précoce, en outre de l'avantage qu'elle présente d'assurer immédiatement l'immunité variolique au jeune enfant, l'expose à une réaction moins violente.

Comment abréger les convalescences.

Nous vivons à une époque fiévreuse où personne n'a le temps d'être malade. Par malheur, la maladie est une éventualité fâcheuse qui, dans 95 % des cas, échappe à la volonté de l'individu. Elle n'attend pas qu'il la sollicite ; elle le menace à chaque minute de sa vie, et fond sur lui au moment où il s'y attend le moins, toujours inopportune et souvent meurtrière !

Pour ceux qui s'en tirent à leur avantage, la maladie s'accompagne immanquablement d'une période de convalescence plus ou moins longue, au cours de laquelle l'intéressé, occupé à réparer ses forces épuisées, à restaurer son organisme profondément atteint, prompt à la fatigue, incapable de rien faire, aspire avec impatience après l'ins-

tant attendu où de nouveau bien portant, il lui sera permis de reprendre son existence normale, ne conservant plus de ces heures douloureuses et pénibles que le triste souvenir.

Abréger cette période de convalescence, hâter l'apparition de la guérison complète ou définitive, voilà une tâche digne des efforts du médecin soucieux de rendre service à ses malades.

Ces efforts sont heureusement couronnés de succès et la tâche menée à bonne fin grâce aux innombrables ressources de la Nature, au premier rang desquelles nous n'hésitons pas à placer ces agents réparateurs dont nous trouvons le prototype dans l'*Ibogaïne.*

Retirée de l'Iboga du Congo, plante de l'Afrique Occidentale qui n'a plus de secrets pour M. E. Landrin qui l'a étudiée sur toutes ses faces, l'Ibogaïne, dont les vertus stimulantes et anti-déperditrices étaient depuis longtemps connues et employées par les habitants des contrées tropicales, s'utilise merveilleusement à l'état de chlorhydrate, base des *dragées Nyrdahl* dont la formule est due au Dr A. Landrin et qui s'administrent à raison de 2 à 6 *pro die*.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE PRATIQUE

Quelques mots sur la méthode de Bier.

Par le Dr Paul Petit.

Chirurgien adjoint de l'Hôpital libre Saint Michel.

Depuis de longs mois déjà nous voyons paraître dans nos journaux des opinions assez contradictoires sur les résultats de la méthode de Bier. M. Durey élève du professeur Tuffier, a eu l'heureuse idée d'aller en étudier la technique au lieu même de son origine, à Bonn, et l'applique en ce moment dans le service de son maître, service modèle comme l'on sait, où tout marche à l'avant-garde du progrès, y compris l'enseignement clinique des élèves. J'ai été très frappé de ce que l'on m'a permis de constater et voudrais en donner une simple idée aux lecteurs de ce journal, en attendant l'article que doivent faire paraître prochainement, je crois, sur le sujet, MM. Tuffier et Durey, comme complément de la communication de M. Tuffier à la Société de chirurgie, le 13 février dernier.

La méthode hypérémique de Bier comprend actuellement l'hyperémie veineuse par la bande de caoutchouc et les ventouses et l'hyperémie par l'air chaud.

1° La bande de caoutchouc doit être faite d'une feuille de caoutchouc anglais très mince tout en étant assez résistante et appliquée sur trois ou quatre épaisseurs et avec une tension telle que le doigt puisse s'introduire sans peine entre le premier tour et la peau et *qu'il n'y ait dans les parties situées au dessous : ni douleur ou même gêne tant soit peu pénible, ni lividité, ni refroidissement.* Les téguments doivent devenir de coloration rouge foncé, plus chauds, et moins douloureux au toucher quand ils le sont du fait d'une infection aiguë.

La bande doit être appliquée en général à 12 ou 15 cm. de la lésion.

Dans les infections aiguës des parties molles des membres, le temps d'application est au début de 20 à 22 heures sur 24, puis diminué progressivement jusqu'à ne plus être que de 12 heures par jour, et les séances journalières doivent être continuées un peu au delà de la cessation des phénomènes inflammatoires. Les résultats semblent supérieurs à ceux que donnent la thérapeutique courante par les larges incisions, la balnéation chaude et le drainage, et très particulièrement quand le diabète est en jeu. La douleur disparait ou s'atténue considérablement dans les 24 heures, et ce fut tout d'abord dans l'unique but d'utiliser ce résultat anesthésique, comme temps préalable du massage dans le cas où il doit être douloureux, tout en étant indiqué, que M. Durey étudia la méthode.

Très rapidement la fièvre tombe : chute brusque ou enlysis de quelques jours. Quand le pus se collecte, il suffit d'une simple ponction aidée du ventousage pour l'évacuer. Chose curieuse, dans les cas de phegmon des gaines de la main, le pus, au lieu de se collecter à la paume, se collecte d'ordinaire à la face dorsale. Ainsi ai-je vu un phlegmon de ce genre avec extension à l'avant-bras, à peu près guéri, avec déjà rétablissement très avancé des mouvements de flexion et d'extension des doigts et du poignet, et qui ne portait aucune trace d'intervention chirurgicale, si ce n'est un orifice de ponction d'un c.m. de large, au niveau de la face dorsale d'un métacarpien. De cet orifice suintait par pression un peu de sérosité, d'ailleurs aseptique, paraît-il. Or on ne peut nier que les incisions profondes, suivies de drainage du canal carpien, pratiquées, suivant la méthode classique, à la face palmaire de la main et de l'avant-bras, ne contribuent par elles-mêmes, par les cicatrices qu'elles entraînent, et indépendamment de leurs avantages, de la gêne ultérieure des mouvements.

M. Tuffier, dans sa communication à la Société de chirurgie, insiste particulièrement, entr'autres exemples, sur un cas de panaris observé chez une femme diabétique et cachectique, c'est-à-dire d'un pronostic grave, qui guérit après cinq jours d'application de la bande ; et deux cas d'arthrite suppurée du poignet qui guérirent aussi très vite, alors que cette lésion résiste si longtemps aux incisions, drainages et lavages.

Au niveau de la racine des membres, on peut remplacer la bande par un tube de caoutchouc.

Il faut veiller à ce que les tours de bande ne présentent pas de plis, causes de phlyctènes. S'il survient de l'érythème à son contact, il faut poudrer au talc ou interposer une lame d'ouate.

M. Tuffier n'a jamais observé d'accidents graves tels que la gangrène, mais il faut surveiller de près le malade ou, ce qui est plus pratique et très simple, l'éduquer, c'est-à-dire lui indiquer les trois signes, douleur, lividité, refroidissement, dont nous avons parlé plus haut et qui commandent l'enlèvement de la bande.

M. Tuffier s'est bien trouvé de l'emploi de la bande de Bier, à titre préventif, dans certaines plaies souillées des membres qui peuvent faire redouter l'arrivée d'un phlegmon diffus. Il n'a pas eu l'occasion de l'essayer dans les affections inflammatoires des os.

Dans le cas d'inflammation torpide, la posologie de la méthode est encore à l'étude, mais, d'une façon générale, la durée d'application de la bande doit être beaucoup moindre : deux heures pour une tuberculose ; — une heure pour un ulcère variqueux. — J'ai vu une vaste ulcération tuberculeuse, déjà en grande partie épidermisée au bout de peu de jours, alors qu'on ne lui opposait pour tout traitement, en dehors de l'application de la bande, qu'un peu de gaze stérilisée. C'est d'ailleurs aussi le seul pansement en cas d'inflammation aiguë.

2° La substitution de la ventouse à la bande vise les cas où l'hyperémie veineuse n'a besoin que d'être peu étendue (panaris, furoncle, anthrax), ou bien serait assez malaisément obtenue avec la bande (abcès du sein). — Les ventouses sont de formes et de grandeurs différentes suivant les régions où elles doivent s'appliquer : il en est d'énormes pour le sein, de cylindriques avec bagues en caoutchouc à la base pour le panaris, etc. — A la ventouse, quelle qu'elle soit, s'adapte, pour obtenir le vide, une pompe aspirante et foulante.

L'application de la ventouse dure en général une demi-heure, mais entrecoupée de pauses, pour éviter de multiples inconvénients (troubles trophiques, hémorrhagies...). Toutes les cinq minutes environ, cessation du vide — repos de deux minutes — puis la pompe rentre en action, et ainsi de suite, le plus souvent de la main même du malade.

S'agit-il de panaris, l'hyperémie veineuse et l'aspiration par la ventouse permet des incisions bien moindres en largeur et en profondeur, pour peu que le pus soit bien collecté et surtout elle amende beaucoup la douleur. — Cette sédation dans la douleur est également très précieuse pour l'anthrax qui, à un moment donné, s'élimine en masse, sans incision préalable, réalisant ainsi les desiderata que vise l'excision totale du mal, et sans danger d'inoculation.

J'ai vu un abcès à plusieurs loges du sein guéri par deux ponctions successives, à plusieurs jours de distance, combinées au ventousage : — une première ponction vide une nappe superficielle ; l'hyperthermie cède, mais reparaît indiquant la formation d'un foyer plus profond qui est traité de façon aussi simple et avec le même succès.

Il est certain que le traitement de la galactophorite par le ventousage promet des résultats bien supérieurs à ceux que donne l'expression pourtant justement recommandée par Budin — et j'y vois le complément presqu'obligé de ces petites ponctions si chaudement recommandées par Calot (*Journal des Praticiens*, 9 mars 1907) au lieu et place des incisions, grattages et excisions suivies d'une cicatrice « qui disqualifie irrémédiablement une femme ». Calot conseille de faire suivre ces ponctions d'injections d'huile créosotée iodoformée (huile 5, créosote 0,20 et iodoforme 0,50) si l'abcès est très mûr et, s'il ne l'est pas encore, de naphtol camphré glycériné (1 de naphtol pur et 5 de glycérine). Il est certain que le simple ventousage est à essayer au lieu et place de ces injections.

3° L'hyperémie par l'air chaud s'obtient à l'aide de caisses très simples chauffées à l'aide d'une lampe à alcool. Il y en a deux modèles pour les membres : l'un servant à la hanche et à l'épaule, et l'autre au reste des membres inférieurs et supérieurs. La température est maintenue à 120° environ pendant 30 à 40 minutes.

L'hyperémie par l'air chaud s'adresse surtout aux séquelles inflammatoires : ankyloses, phlegmons chroniques, plaques de périphlébite variqueuse, etc.

HYDROLOGIE

La cure de Châtel-Guyon dans l'entéro-colite muco-membraneuse infantile.

Le syndrome clinique connu et décrit sous le nom d'entéro-colite muco-membraneuse, bien que survenant plus particulièrement dans l'âge moyen de la vie, est cependant fréquemment observé chez les enfants et spécialement dans la seconde enfance. A Châtel-Guyon, où une spécialisation bien justifiée par les succès obtenus amène de nombreux entéro-colitiques, nous pouvons dire que les enfants figurent parmi eux dans la proportion de 15 à 20 %.

Deux ordres de phénomènes caractérisent l'entéro-colite infantile et en occupent souvent la première place. Ce sont d'une part les complications infectieuses, de l'autre les troubles d'auto-intoxication.

Les poussées infectieuses sont souvent si fréquentes et si graves, surtout dans la première enfance, qu'elles impriment à l'affection l'allure d'une véritable maladie infectieuse, et que les troubles fonctionnels primitifs disparaissent devant la violence du processus infectieux secondaire.

Les phénomènes d'auto-intoxication sont certainement plus caractéristiques encore parce qu'ils apportent dans l'organisme une perturbation plus profonde et plus durable, et que leurs conséquences sont infiniment importantes chez l'enfant, dont elles troublent profondément la nutrition et dont elles compromettent souvent pour longtemps le développement.

L'importance des troubles de la nutrition dans l'entéro-colite infantile montre à quel point la thérapeutique de cette affection doit chercher à modifier l'état général, autant au moins qu'à combattre l'état local. Et nous pourrons maintenant comprendre comment la cure de Châtel-Guyon convient spécialement aux enfants atteints d'entéro-colite et comment elle agit, non seulement en combattant les troubles locaux, mais encore et surtout en imprimant à l'état général, si profondément atteint, une véritable transformation.

Localement, la cure de Châtel-Guyon est, avant tout, régulatrice des fonctions de l'intestin, auquel elle redonne un fonctionnement normal, régulier et persistant. Cette action régulatrice s'exerce à la fois sur la secrétion des glandes et sur la contraction des muscles, en rendant à l'une et à l'autre l'équilibre qui leur fait défaut. C'est dire que la cure agira sur toutes les perturbations de

la fonction glandulaire et du dynamisme musculaire quelles qu'elles soient et que, agissant toujours dans le sens du retour au fonctionnement normal, son action tonique et régulatrice s'exercera chez les spasmodiques comme chez les atones, chez les diarrhéiques comme chez les constipés.

Cette action intestinale locale est complétée par une action hépatique de premier ordre et qui s'exerce également dans le sens de la régulation fonctionnelle. On comprend toute l'importance de cette action chez des malades dont le foie est généralement insuffisant et qui ont presque toujours des troubles de la fonction hépatique à l'origine des complications qui surviennent dans le cours de l'entéro-colite et particulièrement à l'origine des phénomènes d'intoxication.

L'action générale est d'abord manifestement désintoxicante. La cure de Châtel-Guyon neutralise les poisons préformés par l'antisepsie intestinale, elle les élimine rapidement par son action déconstipante, par l'activité plus grande qu'elle donne au fonctionnement hépatique, par son action nettement diurétique, et, enfin, par la régularisation des fonctions de la peau et de la circulation périphérique que produisent les bains à eau courante. Enfin, par la stimulation qu'elle exerce sur tous les phénomènes de la nutrition, la cure de Châtel-Guyon est, au premier chef, tonique et reconstituante.

Cette action générale, qui se manifeste déjà très favorablement chez l'adulte, va, chez l'enfant, modifier profondément l'état de sa nutrition lui apporter les éléments qui lui font défaut, le reminéraliser, le transformer souvent d'une façon définitive. Nous ne pouvons mieux faire ressortir l'importance de cette action constitutionnelle qu'en disant que Châtel-Guyon transforme les petits neuro-arthritiques prédisposés à toutes les affections de l'appareil digestif et de ses annexes, comme La Bourboule transforme les petits lymphatiques, candidats à la tuberculose.

De la cure proprement dite, nous ne dirons que quelques mots. Sa partie essentielle est, bien entendu, la boisson rigoureusement dosée suivant l'âge du malade et le mode de ses réactions personnelles. Signalons seulement l'importance très grande des bains à eau courante, dont l'action sur les échanges nutritifs, sur les fonctions de la peau, sur la circulation périphérique, complète heureusement l'action que l'eau en boisson exerce sur la nutrition générale. Notons aussi les services que rendent les irrigations intestinales chez les enfants qui les supportent en général très bien et chez lesquels elles reconnaissent de nombreuses indications.

Les enfants peuvent être soumis à la cure de Châtel-Guyon dès l'âge de deux ans. Les cures précoces sont en effet nécessaires si l'on veut remédier à temps aux troubles de la nutrition. En raison même de son action spécialement tonique, les enfants la supportent admirablement et c'est aussi en raison même de cette action qui transforme si heureusement leur état général que les résultats les plus rapides et les plus complets s'observent particulièrement chez eux. Une seule cure, rarement plus de deux ou trois, suffisent pour amener la guérison ou tout au moins une amélioration considérable équivalente.

Ce sont ces résultats, obtenus dans 95 % des cas, qui nous permettent de dire que, étant donné la fréquence du neuro-arthritisme chez l'enfant et l'importance de ses manifestations intestinales, Châtel-Guyon doit être considéré comme une station infantile de premier ordre.

Dr Frank Baraduc,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le médecin et la protection de la santé publique.

La loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique commence à entrer en vigueur : un peu partout on s'organise, et il est vraisemblable que, dans un délai rapproché, elle fonctionnera d'une manière à peu près générale.

Ce fonctionnement intéressant au plus haut degré le corps médical, il nous a paru utile de condenser dans une courte étude les divers documents que tous ont intérêt à connaître et qui forment la véritable charte de la santé publique.

Nous passerons donc en revue successivement les divers chapitres en nous bornant, bien entendu, aux seuls points qui touchent plus particulièrement le médecin : Règlements sanitaires communaux, déclaration des maladies contagieuses, vaccination et revaccination obligatoires, désinfection, épidémies, enfin administration sanitaire et organisation financière.

1° Règlements sanitaires communaux

L'article 1er de la loi est ansi conçu :

Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du Conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire :

1° Les précautions à prendre, en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées à l'article 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion ;

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances.....

et l'article 3 :

En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le Préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règle-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

confrères ? Ne pourrait-on, par exemple, exiger qu'ils montrent leur diplôme ou leur imposer dans chaque pays une patente en cas d'exercice ?

Réponse.— Ce sont précisément ces mêmes mesures que nous avons toujours réclamées.

Dr R., à M., à *Concours*. —Je tiens à vous faire connaitre l'épilogue de l'affaire au sujet de laquelle je vous avais demandé votre avis (lettre parue page 5 de la correspondance hebdomadaire du numéro 8 du *Concours*)

J'ai fait citer le patron en conciliation le mardi 26 février pour le 5 mars. Aujourd'hui, 4 mars, avant midi, l'agent venait me verser intégralement les 154 francs demandés, et la compagnie ne faisait plus aucune observation.

Voilà le résultat des bons conseils du *Concours*.

Envoyez-moi, je vous prie, les statuts du « Sou médical ». L'affaire dont je vous entretiens s'est terminer sans accroc, mais il peut survenir d'autres différents plus complets.

Dès que j'aurai relu le fonctionnement du « Sou médical » je vous enverrai mon adhésion.

Merci au Concours, et croyez à l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr C., de B., à *Concours*. — Un confrère ayant expérience de la trivoiturette aurait-il l'obligeance de me donner son opinion par la voie du *Concours*.

1° Cet engin peut-il, comme la classique voiturette 6 chevaux, assurer un service journalier de médecin à la campagne ;

2° Sa durée a-t-elle des chances d'égaler celle d'une voiturette ?

3° Avec des pneus extra-forts, l'usure est-elle réduite comme le poids ? Dépense-t-elle moins qu'une voiturette ?

J'entends une trivoiturette de 250 kilog. environ, et de 4 chevaux 1/2.

Rép. — Nous demandons à ceux de nos confrères ayant l'expérience de cet engin de vouloir bien nous faire parvenir leur opinion.

Dr B., à N., à *Concours*.— Les notaires je crois, interprètent souvent la loi comme bon leur semble.

Je viens de soigner un Monsieur qui paraissait être dans l'aisance. Lors de son décès, le notaire m'apprend que ce client avait depuis fort longtemps des dettes hypothécaires élevées et que je ne recevrais rien de ma note, que les créanciers hypothécaires

Suite page X.

ments sanitaires prévus par l'art. 1er. L'urgence doit être constatée par un arrêté du Maire et, à son défaut, par un arrêté du Préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

Une circulaire ministérielle, en date du 30 mai 1903, précisait l'application de cette réglementation sanitaire et proposait deux règlements modèles s'appliquant : l'un, modèle A, aux villes, bourgs ou agglomérations urbaines ; l'autre, modèle B, aux communes ou parties de communes rurales.

Le modèle A, comprenait quatre titres visant : 1° la salubrité ; 2° la prophylaxie des maladies transmissibles ; 3° des dispositions générales ; 4° les pénalités.

Le titre 2, qui seul doit nous intéresser, est relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles et notamment l'isolement et le transport des malades, la désinfection des locaux, ainsi que celle des objets souillés et des déjections ou excrétions, la sortie des malades après guérison, les refuges et asiles, les procédés de désinfection, les précautions à prendre à l'égard des cadavres de personnes décédées de maladies contagieuses.

Citons en les articles principaux :

Isolement.

Art. 55. — Tout individu atteint d'une des maladies prévues aux articles qui précèdent sera isolé de telle sorte qu'il ne puisse propager cette maladie par lui-même ou par ceux qui sont appelés à le soigner.

L'isolement sera pratiqué soit à domicile, soit dans un local spécialement aménagé à cet effet, soit à l'hôpital.

Art. 56. — Jusqu'à la disparition complète de tout danger de transmission, on ne laissera approcher du malade que les personnes appelées à le soigner. Celles-ci prendront des précautions convenables pour éviter la propogation du mal.

Transport des malades.

Art. 57. — Le transport du malade sera autant que possible effectué par une voiture spéciale désinfectée après le voyage.

Dans le cas où, à défaut de voiture spéciale, il serait fait usage d'une voiture publique ou privée, le véhicule devra être désinfecté immédiatement après le transport, sous la responsabilité de ses propriétaires ou conducteur qui pourront exiger un certificat de désinfection.

Art. 58. — Il est interdit à toute personne atteinte d'une des maladies transmissibles visées aux articles précédents de pénétrer dans une voiture affectée en transport en commun.

S'il s'agit de transport par chemin de fer, le chef de gare devra être prévenu à l'avance pour permettre l'application de l'art. 60 du règlement sur la police des Chemins de fer modifié par décret de 1er mars 1901.

Désinfection.

Art. 59. — Il est interdit de déverser aucune déjection ou excrétion (crachats, matières fécales, etc.), provenant d'un malde atteint d'une affection transmissible, sur les voies publiques ou privées, dans les cours, dans les jardins ou sur les fumiers.

Ces déjections ou excrétions seront recueillies dans des vases spéciaux ; elles seront désinfectées et exclusivement projetées dans les cabinets d'aisances.

Art. 60. — Pendant toute la durée d'une maladie transmissible, les objets à usage personnel ou domestique du malade et des personnes qui l'assistent, de même que les objets contaminés ou souillés, seront désinfectés.

Art. 61. — Il est interdit, sans désinfection préalable, de jeter, secouer ou esposer aux fenêtres aucun linge, vêtement, objet de literie, tapis ou tenture ayant servi au malade ou provenant des locaux occupés par lui.

Art. 62. — Le nettoyage de la pièce et des objets qui la garnissent se fera exclusivement pendant toute la durée de la maladie : à l'aide de linges, étoffes, tissus ou substances imprégnées de liquides antiseptiques.

Art. 63. — Il est interdit d'envoyer, sans désinfection préalable, aux lavoirs publics ou privés ou aux blanchisseries, des linges et effets à usage contaminés ou souillés.

Dans le cas où le lavage de ces objets y aurait été néanmoins pratiqué, le propriétaire du lavoir ou de la blanchisserie tiendra l'établissement fermé jusqu'à ce que l'assainissement et la désinfection prescrits par l'autorité sanitaire aient été effectués.

Il est également interdit d'envoyer, sans désinfection préalable, aux établissements industriels qui pratiquent le cardage ou l'épuration proprement dite, des matelas, literies et couvertures ayant servi à des malades atteints de maladies transmissibles.

Art. 64. — Les locaux occupés par le malade seront désinfectés aussitôt après son transport en dehors de son domicile, sa guérison ou son décès.

L'exécution de cette prescription pourra être constatée par un certificat délivré aux intéressés sur leur demande. Ce certificat ne mentionnera ni le nom du malade, ni la nature de la maladie, il mentionnera les locaux désinfectés.

Sortie des malades.

Art. 65. — Après guérison, le malade ne sortira qu'après avoir pris les précautions convenables de propriété et de désinfection.

Dans le cas où un malade soigné dans un établissement hospitalier sortirait de cet établissement, pour quelque motif que ce soit, avant que tout danger de contamination ait disparu pour les personnes avec lesquelles il pourrait se trouver en contact, l'avis doit en être donné immédiatement au Maire par le médecin traitant ou le chef de service responsable. Cet avis, formulé dans les mêmes conditions que la déclaration de maladie, doit indiquer le domicile ou le lieu auquel le malade sortant a déclaré se rendre.

Art. 66. —Les enfants ne pourront être réadmis à l'école, soit publique, soit privée, qu'après un avis favorable du médecin traitant et l'autorisation du médecin inspecteur de l'école.

Le modèle B, applicable aux communes ou parties de communes rurales, renfermait des dispositions plus sommaires. Il présentait seulement un minimum de prescription essentielles sur les habitations, les eaux d'alimentation, les écuries, étables, celliers, etc..., les fosses à fumier et à purin, les vidanges et gadoues, les cabinets d'aisances, les animaux morts, en vue de rappeler les règles à défaut desquelles ils constitueraient un danger.

A l'égard des maladies transmissibles il formulait un ensemble de prescriptions concernant l'isolement des malades et la désinfection.

Maladies transmissibles. Déclaration.

Art. 20. — Indépendamment de la déclaration imposée aux médecins par l'article 5 de la loi du 15 février 1902 pour les maladies transmissibles ou épidémiques, les hôteliers et logeurs sont tenus de signaler immédiatement à la mairie tout cas de maladie qui se produirait dans leur établissement, ainsi que le nom du médecin qui aurait été appelé pour le soigner.

Isolement.

Art. 21. — Tout malade atteint d'une maladie transmissible sera isolé autant que possible, de telle sorte qu'il ne puisse la propager par lui-même ou par les personnes appelées à le soigner.

Jusqu'à la dispartion complète de tout danger de contagion, on ne laissera approcher du malade que les personnes qui la soignent. Celles-ci prendront toutes les précautions pour empêcher la propagation du mal.

Désinfection.

Art. 22. — Il est interdit de déverser aucune déjection (crachats, matières fécales, matières vomies, etc.), provenant d'un malade atteint de maladie transmissible, sur le sol des voies publiques ou privées, des cours, des jardins, sur les fumiers et dans les cours d'eau.

Ces déjections, recueillies dans des vases spéciaux, seront enterrées profondément, mais seulement après avoir été désinfectées à la chaux vive.

Art. 23. — Pendant toute la durée d'une maladie transmissible, les objets à usage personnel du malade et des personnes qui l'assistent, de même que tous les objets contaminés ou souillés, seront désinfectés.

Les linges et effets à usage, contaminés ou souillés seront désinfectés avant d'être lavés et blanchis. L'immersion, pendant un quart d'heure, des linges dans l'eau en ébullition constitue un procédé de désinfection.

Art. 24. — Les locaux occupés par le malade seront désinfectés après sa guérison ou son décès.

Art. 25. — Lorsque le malade sera guéri, il ne sortira qu'après avoir pris les précautions convenables de propreté et de désinfection. Les enfants ne pourront être réadmis à l'école qu'après un avis favorable du médecin traitant ou du médecin inspecteur de l'école.

C'est sur ces modèles que les Maires ont dû prendre leurs arrêtés, arrêtés soumis au Conseil départemental d'hygiène avant d'être approuvés par le Préfet.

Plusieurs communes peuvent d'ailleurs se syndiquer pour l'exécution des mesures sanitaires et adopter un même règlement commun.

2° Déclaration des maladies.

La loi Chevandier sur l'exercice de la médecine (30 novembre 1892) disait déjà :

Art. 15. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

(7) La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du Ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration des dites maladies.

Art. 21. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

La loi du 15 février 1902 intervient ; elle édicte :

Art. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée, dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret du Président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Elle pourra être révisée de la même façon.

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du Ministre de l'Intérieur, après un avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

Et, après la loi, les mesures d'exécution :

Décret du 10 février 1903 :

Art. 1er. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 est fixé ainsi qu'il suit, en vertu des articles 4, 5, et 7 de la lite loi.

Première partie. Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° La fièvre typhoïde ;
2° Le typhus exanthématique ;
3° La variole et la varioloïde ;
4° La scarlatine ;
5° La rougeole ;
6° La diphtérie ;
7° La suette miliaire ;
8° Le choléra ou les maladies cholériformes ;
9° La peste ;
10° La fièvre jaune ;
11° La dysenterie ;
12° Les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ;
13° La méningite cérébro-spinale épidémique ;

Deuxième partie. Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative ;

14° La tuberculose pulmonaire ;
15° La coqueluche ;
16° La grippe ;
17° La pneumonie et la broncho-pneumonie ;
18° L'érysipèle ;
19° Les oreillons ;
20° La lèpre ;
21° La teigne ;
22° La conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse.

Art. 2. — Pour les maladies mentionnées dans la deuxième partie de la liste ci-dessus, il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés, soit sur la déclaration des praticiens visés à l'art. 5 de la loi du 15 février 1902, soit à la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, sans préjudice de toutes autres mesures prophylactiques déterminées par le règlement sanitaire prévues à l'art. 1er de la dite loi.

Arrêté ministériel du 10 février 1903 :

Art. 1er. — L'autorité publique chargée, aux termes de l'art. 5 de la loi du 15 février 1902, de recevoir la déclaration des cas de maladies déterminées en

vertu de l'art. 4 de la dite loi, est représentée par le Maire et par le Préfet,ou Sous-Préfet dans chaque arrondissement.

Les praticiens mentionnés dans l'art. 5 précité sont tenus de faire simultanément leur déclaration à l'un et à l'autre dès qu'ils ont constaté l'existence de la maladie. A Paris, la déclaration est faite au Préfet de Police.

Art. 2. — La déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres, détachées d'un carnet à souches, qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication du malade et de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir en outre l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles. Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes.

Art. 3. — Il est tenu dans chaque arrondissement, par le Préfet ou le Sous-Préfet, un registre spécial où sont inscrits, par ordre chronologique, les cas de maladie, la date de la déclaration, la désignation des endroits où ils se sont produits et le nom du déclarant.

Ce registre est établi de telle sorte que chaque commune de l'arrondissement soit représentée par un ou plusieurs feuillets permettant de suivre le développement d'une épidémie et de se rendre compte à toute époque de l'état sanitaire d'une commune ou d'une ville.

Cet arrêté rapporte l'arrêté du 23 novembre 1893, pris en exécution de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, et qui était presque identique.

3° Vaccination et revaccination.

L'article 6 de la loi du 15 février 1902 est ainsi concu :

La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de cette mesure.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

Et le décret d'administration publique du 27 juillet 1903 porte :

Art. 2. — Dans chaque département, le Préfet nomme les médecins vaccinateurs, les sages-femmes et les autres agents du service de la vaccine organisé par le Conseil général en exécution de l'article 20 de la loi sus-visée.

Art. 3. — Des arrêtés ministériels, pris après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminent les obligations des médecins chargés des vaccinations gratuites et prescrivent, pour les établissements qui distribuent le vaccin les mesures d'hygiène et les épreuves propres à assurer et à constater la pureté et l'efficacité du vaccin.

Nul ne peut ouvrir un établissement destiné à préparer ou à distribuer du vaccin sans avoir fait une déclaration préalable à la préfecture ou à la sous-préfecture.

Il sera donné un récépissé de cette déclaration.

Ces établissements sont soumis à la surveillance de l'autorité publique conformément aux dispositions arrêtées par le Ministre de l'Intérieur.

Art. 4. — Dans chaque commune, les séances de vaccination gratuite et les séances de revision des résultats de ces opérations sont annoncées par voie d'affiches indiquant le lieu et la date de ces séances et rappelant les obligations légales des parents ou tuteurs et les pénalités qu'ils encourent.

Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer les enfants aux séances de vaccination, de les soumettre à l'opération vaccinale et à la constatation des résultats de cette opération au cours de la séance de revision.

Toutefois, ils sont libres de satisfaire à leur obligation en déposant à la Mairie un certificat constatant la vaccination ou la revaccination de leurs enfants avec la date et le résultat de ces opérations, délivré par le médecin ou la sage-femme qui les aura pratiquées.

Art. 5. — Les vaccinations sont ajournées par arrêté préfectoral pour les habitants des localités où une maladie infectieuse autre que la variole règne épidémiquement ou menace de prendre une extension épidémique.

Art. 7. — Sur ces listes,le médecin vaccinateur inscrit en regard de chaque nom la date de la vaccination et ses résultats,soit que le sujet ait été vacciné au cours d'une des séances visées à l'article 4, soit que les parents ou le tuteur de ce dernier aient produit le certificat exigé par le même article.

Art. 8. — Si le médecin vaccinateur, au cours de la séance de vaccination gratuite,estime qu'un sujet qui lui est présenté ne peut être vacciné à cause de son état de santé, il fait mention de cette impossibilité sur la liste,en regard du nom de l'intéressé. Il inscrit une mention analogue en regard du nom de ceux pour lesquels il aurait été produit un certificat constatant la même impossibilité, signé par le médecin qui les traite.

Art. 9. — .... Après vérification du succès de chaque vaccination ou après la troisième tentative,le médecin vaccinateur délivre aux parents ou tuteurs des personnes soumises à l'opération un certificat individuel attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi .Pareille pièce est délivrée à ceux qui ont présenté le certificat prévu par l'article 4.

Une circulaire ministérielle, en date du 7 août 1903, commente ce décret et donne aux Préfets les instructions pour son application, et l'arrêté du 28 mars 1904 précise les obligations des praticiens chargés des services publics de vaccine.

Art. 1er. — Les vaccinations et les revaccinations publiques sont pratiquées exclusivement avec le vaccin animal.

Le vaccin employé ne peut provenir que des établissements producteurs remplissant les conditions déterminées en exécution de l'article 3, §1er du décret du 27 juillet 1903.

Art. 2. — Le service est placé sous le contrôle immédiat du Conseil d'hygiène départemental et sous le contrôle supérieur de l'Académie de médecine.

Le contrôle du Conseil départemental d'hygiène s'exerce par l'entremise d'une commission spéciale qui est composée de 3 membres désignés par le Préfet sur la présentation du Conseil, et est présidée par le secrétaire général ou un Conseiller de préfecture délégué. Les trois membres du Conseil comprennent deux médecins particulièrement qualifiés par leur compétence bactériologique et un vétérinaire.

La Commission devra présenter, chaque année, au

Préfet du département un rapport sur le fonctionnement du service.

ART. 3. — Il devra être fait emploi du vaccin dans le plus bref délai possible et, au plus tard, dans le délai de quarante jours à dater de sa récolte.

L'excédent du vaccin provenant de tubes ouverts au cours d'une précédente opération ne sera jamais utilisé.

Les praticiens chargés du service tiennent à cet égard un registre personnel portant, outre les numéros d'ordre, les indications suivantes : le jour de la réception du vaccin ; le nom de l'établissement d'où il provient ; le numéro du livre d'envoi de cet établissement ; la quantité de produit reçue ; le lieu, le jour et la séance où il a été utilisé ; le nombre d'enfants vaccinés ; les observations générales motivées par le service ou par les résultats obtenus.

ART. 4. — Les vaccinateurs veilleront à ce que les séances soient toujours tenues dans des locaux propres ,suffisamment spacieux, bien éclairés, bien aérés, convenablement chauffés, ne recevant d'habitude que des personnes saines ; ces locaux ne devront jamais être encombrés.

ART. 5. — Les enfants à vacciner devront être examinés avec soin avant l'opération. On interrogera, s'il y a lieu, les parents sur leur état de santé habituelle. La vaccination et la ravaccination des enfants affligés de maladies chroniques susceptibles de porter atteinte à la nutrition ou à la constitution des humeurs seront ajournées à une époque ultérieure, à moins de circonstances exceptionnelles qu'il appartient au médecin vaccinateur d'apprécier.

ART. 6. — Le vaccinateur est libre de recourir au procédé d'inoculation qui a sa préférence. Mais, quel que soit ce dernier, l'inoculation doit être considérée comme une opération chiurgicale et exécutée avec toutes les règles propres à écarter les infections traumatiques.

ART. 7. — La visite des sujets vaccinés se fera au plus tôt le septième jour après l'opération.

ART. 8. — Si des insuccès avérés et exceptionnels étaient constatés ou si des accidents imputables à la vaccination venaient à se produire, les praticiens chargés du service devraient en rendre compte aussitôt au Préfet du département qui en saisirait la commission spéciale du Conseil départemental d'hygiène et l'établissement producteur.

ART. 9. — En dehors des prescriptions formulées soit par le décret du 27 juillet 1903, soit par le présent arrêté, les praticiens chargés du service public ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des *Instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France.* Ces instructions seront remises par les soins de l'Administration à chacun des praticiens intéressés, de telle sorte, qu'il en ait constamment un exemplaire à sa disposition.

Les instructions approuvées par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène sont en réalité le rapport duquel découlent les articles de l'arrêté ministériel qui précèdent et ne contiennent rien de particulièrement intéressant, ni d'original.

D'autre part, un arrêté ministériel, en date du 30 mars 1904,règle la tenue et le contrôle des établissements vaccinogènes.

ART. 1er. — Les établissements vaccinogènes sont placés sous le contrôle immédiat du Conseil départemental d'hygiène et sous le contrôle supérieur de l'Académie de Médecine.

Le contrôle du Conseil départemental d'hygiène s'exerce par l'entremise de la commission spéciale constituée ainsi qu'il est dit à l'article 2 de l'arrêté du 28 mars 1904 relatif aux obligations des praticiens chargés des services publics de vaccination.

La Commission effectue, dans les établissements ayant fait l'objet de la déclaration prescrite, des visites aussi fréquentes qu'elle le juge nécessaire et au moins une fois par trimestre. Elle en rend compte au Préfet, s'il y a lieu, par des rapports spéciaux et, en tous cas, par un rapport annuel, dont copie est adressée au Ministre de l'Intérieur pour être transmise à l'Académie de Médecine.

ART. 2. — Les établissements producteurs du vaccin, publics ou privés, sont dirigés par un docteur en médecine assisté d'un vétérinaire et d'un certain nombre d'aides.....

ART. 4. — Les vétérinaires attachés aux établissements vaccinogènes sont chargés de l'examen des génisses vaccinifères avant l'inoculation et de leur autopsie après abatage,en vue de rechercher si elles ne sont ou si elles n'étaient pas atteintes de maladie infectieuse et notamment de tuberculose. Si l'autopsie révélait l'existence d'une de ces affections, le vaccin provenant de l'animal atteint serait immédiatement détruit.

ART. 5. — La virulence du vaccin produit par une génisse devra être éprouvée, avant qu'il ne soit mis en service, sur un autre vaccinifère servant en même temps aux inoculations productives du vaccin. Si les résultats de cet essai n'étaient pas satisfaisants, le vaccin devrait être détruit comme il est dit à l'article précédent.

ART. 6. — Il ne doit pas être délivré de vaccin récolté depuis plus de trente jours.

Chaque tube doit être revêtu d'une étiquette indiquant la provenance et la date de la récolte du vaccin.

Chaque envoi de vaccin est accompagné d'une notice portant désignation de l'établissement producteur tice portant désignation de l'établissement producteur, du numéro d'ordre du livre d'expédition, du jour de la récolte du vaccin et de la quantité contenue dans chaque tube, ainsi que d'une instruction sur son emploi.

ART. 9. — Il est tenu dans chaque établissement un journal des inoculations pratiquées sur les génisses et un registre relatif à l'expédition du vaccin qui comprendront les rubriques suivantes......

C'est également en conformité des instructions de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène que cet arrêté a été pris.

Enfin une circulaire ministérielle, en date du 29 janvier 1907, règle la manière dont seront établies les listes de vaccination et de revaccinations, ainsi que les divers documents statistiques.

Elle prescrit la vaccination obligatoire des nomades toutes les fois qu'ils séjourneront dans une commune.

Elle désigne les établissements vaccinogènes dans lesquels devra être pris le vaccin destiné aux services publics.

Ces établissements sont en nombre de onze (1):

Bordeaux : Institut vaccinogène municipal annexé à la Faculté de Médecine.

Grenoble : Institut vaccinogène du Dr Traversier.

Lille : Institut vaccinogène annexé à l'Institut Pasteur.

(1) Le dépôt de vaccin du « Concours médical » remplit les conditions requises.

Lyon : Institut vaccinogène municipal.
Marseille : Institut départemental vaccinogène des Bouches-du-Rhône.
Montpellier : Institut vaccinogène de M. Pourquier.
Paris : Institut de vaccine animale de MM. Chambon et Ménard.
Institut vaccinal du Dr Barlerin.
Perpignan : Institut vaccinal.
Saint-Etienne : Institut vaccinogène.
Tours : Institut vaccinal du Dr Chaumier.

Enfin la même circulaire fixe le modèle du certificat qui devra être délivré par les médecins vaccinateurs.

Relevons simplement les mentions :

Du succès sous forme: de papules papulo-vésicales; pustules normales.

De l'insuccès : pas de réaction.

Une dernière circulaire, en date du 29 janvier 1907, s'occupe de l'organisation financière du service.

Elle porte qu'en principe la fourniture du vaccin doit être faite aux vaccinateurs au compte du département.

Elle indique les deux modes de rémunération des vaccinateurs :

1° *Au tarif*, c'est-à-dire à tant par vaccination, tarif qui peut être complété par des frais de déplacement, par une rémunération spéciale pour la constatation des résultats, les frais divers que les vaccinateurs peuvent avoir à supporter, etc.

2° *A forfait ou par abonnement*, à raison de tant par séance, ou de tant par an ou mieux encore de tant par tête d'habitant compris dans chacune des communes formant la circonscription assignée au vaccinateur.

Dans le premier cas, c'est-à-dire traitement au tarif.

La justification des mémoires devra résulter d'une façon mathématique de la concordance entre les énonciations du mémoire et les listes de vaccination qui auront dû être adressées au Préfet par le maire à l'issue des opérations vaccinales. Les émargements et annotations portées par le vaccinateur, en regard des noms portés sur les listes et certifiés par le service constitueront la base de la créance du praticien et le principal moyen de contrôle de l'administration ; aussi l'établissement et la bonne tenue rigoureuse des listes présentent-ils à cet égard, comme à celui de l'exécution normale du service, la plus grande importance. Pour la consacrer, j'ai décidé que les mémoires des vaccinateurs devraient porter le visa du maire, certifiant la conformité de ces mémoires avec les indications résultant des listes de vaccination et de revaccination.

4° Désinfection.

Voici comment s'exprime la loi du 15 février 1902 :

Art. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4.

Les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire, approuvés par le Préfet, et, dans les communes de moins de 20.000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs pris conformément aux dispositions de la dite loi sont applicables aux appareils de désinfection.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

Décret du 7 mars 1903 :

Art. 2. — Aucun appareil ne peut être employé à cette désinfection avant d'avoir été l'objet d'un certificat de vérification délivré par le ministre de l'Intérieur après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les appareils conformes à un type déjà vérifié ne peuvent être mis en service qu'après délivrance par le Préfet, sur le rapport de la commission sanitaire de la circonscription, d'un procès-verbal de conformité. Ils doivent porter une lettre de série correspondante au type auquel ils appartiennent et au numéro d'ordre dans cette série.

Les circulaires ministérielles du 15 mars 1906 et du 4 mars 1905 communiquaient aux Préfets la liste des appareils ayant obtenu le certificat de vérification et par conséquent approuvés pour le service de la désinfection.

Le règlement d'administration publique est paru le 10 juillet 1906 ; nous y relevons:

Art. 1er. — Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, le Conseil municipal, après avis du directeur du bureau d'hygiène, décide la création d'un ou plusieurs postes de désinfection et détermine la composition et la rétribution du personnel. Il vote les crédits nécessaires à l'acquisition et l'entretien du matériel et au fonctionnement du service.

Art. 4. — Pour les communes de moins de 20.000 habitants, le Conseil général délibère, après avis du Conseil départemental d'hygiène, sur la création des postes de désinfection, la composition et la rétribution du personnel. Il vote les crédits nécessaires à l'acquisition et à l'entretien du matériel et au fonctionnement du service.

Art. 5. — Dans chacune des circonscriptions sanitaires, entres lesquelles le département est divisé conformément à l'article 20 de la loi du 15 février 1902, doit être établi au moins un poste de désinfection.

Les sièges de chaque poste sont fixés de telle sorte qu'il ne faille pas plus de six heures pour se rendre du poste dans les diverses communes qu'il est appelé à desservir.

Un poste doit nécessairement être placé dans toute station thermale possédant un bureau municipal d'hygiène.....

Art. 6.— Pour l'ensemble des communes relevant du service départemental, le service de désinfection est placé sous l'autorité du Préfet et sous le contrôle d'un membre du Conseil départemental d'hygiène désigné par le Préfet...

Art. 7. — Dans chaque circonscription, le service est dirigé par un délégué de la Commission sanitaire agréé par le Préfet.

Il veille à l'exécution régulière et immédiate des mesures de désinfection dans les conditions techniques prescrites par le conseil supérieur d'hygiène. Il veille également à ce que les postes de désinfection soient constamment munis du matériel et des désinfectants nécessaires, et à ce que les chefs de poste

tiennent avec soin les registres de contrôle prévus à l'article suivant.

Il présente tous les mois au moins à la Commission sanitaire un rapport sur les résultats et les besoins du service de la circonscription ; ce rapport est transmis au Préfet avec l'avis de la Commission.

Art. 9. — Chaque poste de désinfection est dirigé par un chef de poste, assisté s'il y a lieu d'agents ou d'aides.

Les chefs de poste et les agents procèdent eux-mêmes aux opérations de désinfection.

Le chef de poste tient un registre de déclarations à lui adressées par les maires, des opérations, transport et voyages effectués et dresse pour chaque série d'opérations une feuiille spéciale suivant un modèle arrêté par le ministre de l'Intérieur.

Les chefs de poste et agents sont nommés et révoqués par le Préfet sur la proposition du délégué de la commission sanitaire. Ils sont rémunérés à l'année, au mois à la journée ou à l'heure. Les chefs de poste sont assermentés : le Préfet peut en outre faire assermenter un certain nombre d'agents.

Fonctionnement.

Art. 10. — Dans toutes les communes, dès que le maire a reçu la déclaration que comporte l'une des maladies mentionnées à la première partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, il avertit le chef de poste dans la circonscription duquel se trouve le malade signalé. S'il est avisé de l'existence de l'une de ces maladies et qu'il n'y ait pas de médecin traitant, il envoie un médecin et prend ensuite, sur la déclaration de celui-ci, les mesures prescrites par le présent décret.

En outre, si la commune où demeure le malade est comprise dans les service départemental, le Préfet ou le Sous-Préfet avertit le délégué de la commission sanitaire.

Art. 11. — Toutes les opérations de désinfection sont effectuées par le service public, sous les réserves indiquées aux articles 14 et 17.

Art. 13. — Il (le chef de poste ou agent) remet à cette personne (chef de famille ou d'établissement) une note dont le modèle est arrêté par le Ministère de l'Intérieur, rappelant l'obligation de la désinfection et reproduisant les pénalités prévues par la loi et le tarif de désinfection.

Il se met à sa disposition pour l'exécution des mesures indispensables.

Ces mesures, pendant le cours de la maladie, concernent essentiellement la désinfection des linges contaminés ou souillés et des déjections ou excrétions elles ne peuvent constituer une intervention quelconque dans le traitement du malade.

Art. 14. — La personne à qui a été remise la note prévue par l'article précédent peut exécuter ou faire exécuter elle-même la désinfection, à la condition prendre, sur une formule qui est mise à sa disposition par l'agent, l'engagement :

1° De se conformer exactement pendant le cours de la maladie aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, approuvées par le Ministre de l'Intérieur, et dont un exemplaire lui est remis ;

2° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public qui ne pourra se présenter au domicile du malade plus d'une fois par jour. ;

3° D'avertir sans délai le Maire, le cas échéant, du transport du malade hors de son domicile ;

4° D'aviser le maire de la première sortie du malade après sa guérison en vue de l'application de l'article 15 du présent décret.

Art. 15. — En cas de transport du malade hors de son domicile, apprès la guérison ou en cas de décès, au cours ou à la suite d'une des maladies mentionnées à la première partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, la désinfection totale des locaux occupés personnellement par le malade et des objets qui ont pu être contaminés pendant la maladie doit être opérée sans délai.

Art. 16. — Le maire, prévenu soit par l'avis donné en exécution des § 3 et 4 de l'article 14, soit par la déclaration de décès, informe le chef du poste dans la circonscription duquel se trouve le domicile à désinfecter ; le chef de poste adresse à la personne désignée à l'article 12 (chef de famille) un avis faisant connaître au moins douze heures à l'avance le moment où il sera procédé aux mesures de désinfection. Un pareil avis est adressé en cas de décès aux héritiers s'ils habitent la commune et sont connus de l'administration.

Le délai de douze heures ci-dessus pourra être abrégé par une décision motivée du maire.

A défaut d'une des personnes énumérées à l'article 12 et en l'absence des héritiers, le maire prend les mesures nécessaires pour que les objets contenus dans le local à désinfecter se soient ni détournés, ni détériorés.

Art. 17. — Sauf le cas d'urgence constaté par un arrêté du maire ou, à son défaut, par un arrêté du Préfet, les personnes énumérées à l'article 12 du présent décret ou les héritiers peuvent exécuter ou faire exécuter par leurs soins la désinfection, à la condition de prendre par écrit, sur une formule qui leur est remise par le service public, l'engagement :

1° De faire opérer la désinfection sans délai et conformément aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène public de France, approuvées par le Ministre de l'Intérieur, et dont un exemplaire leur est remis ;

2° De prévenir au moins douze heures à l'avance le chef de poste du moment où l'opération doit avoir lieu ;

3° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public qui s'assurera sur place si les opérations sont exécutées dans les conditions techniques formulées par le ministre de l'Intérieur après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique et, spécialement quand il est fait usage d'appareils, s'ils fonctionnent dans les conditions imposées par le certificat de vérification prévu au décret du 7 mars 1903.

Art. 18. — S'il résulte des constatations faites par les agents que les engagements pris en vertu des articles 14 et 17 du présent décret n'ont pas été tenus, ou que la désinfection a été opérée par les particuliers ou par leurs soins d'une façon insuffisante, le maire prescrit immédiatement l'exécution, par le service public, des mesures indispensables.

Art. 21. — Si le maire reçoit la déclaration d'une des maladies mentionnées à la seconde partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, il avertit le chef de poste, le quel est tenu de se mettre immédiatement à la disposition du malade ou de sa famille pour assurer la désinfection dans les conditions prescrites par le conseil supérieur d'hygiène publique.

La circulaire ministérielle du 28 juillet 1906 qui accompagnait l'envoi du texte du décret du 10 juillet invitait les Préfets à saisir, d'une part les Conseils généraux et, d'autre part, les Conseils départementaux d'hygiène afin de hâter l'application, et le ministre ajoutait :

Moi-même je ne manquerai pas de vous communiquer ultérieurement, et le plus tôt possible, des instructions détaillées qui, je l'espère, vous guideront utilement et simplifieront votre tâche ; elles tendront à vous montrer que, à peu de frais en somme, on peut et l'on doit obtenir d'excellents résultats ; elles s'inspireront, au point de vue technique, des avis si hautement autorisés du Conseil supérieur d'hygiène.

Ces instructions n'ont pas encore vu le jour.

D'un autre côté, le décret du 7 mars 1903 portait règlement d'administration publique sur les appareils à désinfection.

Art. 1er. — Les appareils destinés à la désinfection déclarée obligatoire par le § 1er de l'article 7 de la loi du 15 février 1902 sont soumis, au point de vue de la vérification de leur efficacité, aux dispositions du présent règlement.

Art. 2. — Aucun appareil ne peut être employé à cette désinfection avant d'avoir été l'objet d'un certificat de vérification délivré par le ministre de l'Intérieur après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les appareils conformes à un type déjà vérifié ne peuvent être mis en service qu'après la délivrance, par le Préfet, sur le rapport de la Commission sanitaire de la circonscription, d'un procès-verbal de conformité.

Ils doivent porter une lettre de série correspondant au type auquel ils appartiennent et un numéro d'ordre dans cette série.

Art. 4. — La section compétente du Comité fait procéder, en présence du demandeur ou de son correspondant, aux expériences nécessaires pour vérifier l'efficacité de l'appareil.

....

Les procès-verbaux des expériences sont communiqués aux intéressés ; ceux-ci ont un délai de quinze jours pour présenter leurs observations au président du Comité.

Après l'expiration de ce délai, la section compétente émet un avis. Cet avis est transmis, avec les procès-verbaux des expériences au Ministre de l'Intérieur, qui statue.

Art. 7. — En cas de décision favorable, le certificat de vérification, délivré par le ministre de l'Intérieur, est accompagné des pièces visées au § 1er de l'article 3.

Art. 8. — Tout détenteur d'un appareil vérifié ou dont le type a été vérifié conformément aux prescriptions de l'article 2 doit adresser au Préfet une déclaration accompagnée de la copie du certificat de vérification et des pièces désignées au § 1er de l'article 3 et indiquant, s'il y a lieu, la lettre de série, et le numéro d'ordre de l'appareil. Cette déclaration est enregistrée à sa date. Il en est délivré récépissé. Elle est communiquée sans délai à la Commission sanitaire de la circonscription (1).

S'il s'agit d'un appareil ayant fait l'objet lui-même d'un certificat de vérification, le Préfet, sur le rapport de la commission sanitaire, délivre au détenteur un certificat d'identité.

S'il s'agit d'un appareil conforme à un type déjà vérifié, le procès-verbal prévu par le § 2 de l'article 2 du présent décret constate cette conformité.

Une circulaire du 15 mars 1904 accompagnait l'envoi des premiers certificats délivrés pour les appareils de désinfection vérifiés. Elle ajoutait :

Il vous appartient, M. le Préfet, d'assurer l'application régulière des dispositions du règlement d'administration publique et de porter à la connaissance des commissions sanitaires les termes des certificats de vérification correspondant aux déclarations de mise en service qui vous seront adressées. Vous aurez pour cela à tenir un registre spécial relatant les indications rappelées ci-dessus, la date de communication aux commissions sanitaires et les résultats du contrôle sommaire exercé par elles. Je vous demanderai de me rendre compte périodiquement, d'après le registre, du nombre et de la nature des appareils en service, ainsi que des mesures de contrôle dont ils auront fait l'objet.

Des envois ultérieurs ont été faits pour les certificats délivrés depuis cette époque.

Les Comités départementaux d'hygiène ont été chargés de préparer les projets de règlements départementaux qui devront être soumis à l'acceptation des Conseils généraux.

5° Epidémies.

L'ancien service des épidémies a beaucoup perdu de son importance depuis la promulgation de la loi du 15 février 1902 ; il subsiste cependant toujours.

Le seul article de la loi qui ait trait à son existence est le suivant ;

Art. 8. — Lorsque une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du Président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures et leur délègue, pour un temps donné, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel sont à la charge de l'Etat.

Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les 24 heures à partir de leur publication au *Journal officiel*.

La circulaire ministérielle du 19 juillet 1902 dit simplement, à l'occasion de l'article 20 portant création des commissions sanitaires et réorganisation du service de l'hygiène « qu'il convient de comprendre dans la nouvelle organisation non seulement le Conseil d'hygiène et les commissions sanitaires spécialement visés, mais encore les services *des épidémies* et de la vaccine qui fonctionnent déjà et qui constituent des éléments importants de l'organisation générale. »

Il faut arriver à la circulaire du 29 janvier 1907 pour retrouver mention du service des épidémies :

Bien que la loi du 15 février 1902 ne consacre pas de mention spéciale au Service des épidémies, le maintien de cet organisme, sous réserve des modifications plus ou moins profondes dont il serait susceptible, résulte implicitement de l'ensemble de ces dispositions et les dépenses auxquelles il peut donner lieu doivent être rattachées aux autres dispositions résultant de l'application de la loi.

Ces dispositions consistent d'une façon générale :

(1) Ces pièces comprennent : les plans de l'appareil, sa description et une notice détaillée faisant connaître sa destination et son mode de fonctionnement.

Soit en traitements ou indemnités fixes allouées aux médecins des épidémies;

Soit en vacations ou frais de déplacement motivés parles missions spéciales auxquelles ils sont appelés à procéder ;

Soit en mesures d'ordre prophylactique, telles que fourniture et application du sérum antidiphthérique à titre préventif dans les conditions indiquées par la circulaire ministérielle du 16 novembre 1905 .

6° Administration sanitaire.

L'administration sanitaire est organisée par la loi du 15 février 1902 :

Art. 19. — Si le Préfet, pour assurer l'exécution de la présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser un service de contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'en suite d'une délibération du Conseil général réglementant les détails et le budget du service.

Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus et dans les communes d'au moins 2000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi.

Art. 20. — Dans chaque département, le Conseil général, après avis du Conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'art. 48 § 5 de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvus chacune d'une commission sanitaire, sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du Conseil départemental et des Commissions sataires.

A défaut par le Conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le Conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le Préfet présidera le Conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du Conseil.

Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général élu par ses collègues, un médecin, un architecte, ou tout autre homme de l'art et un vétérinaire.

Le sous-préfet présidera la commission qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la Commission.

Les membres des Conseils d'hygiène et ceux des Commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le Préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans ; les membres sortants peuvent être renommés.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les Commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Les articles suivants règlent la situation dan le département de la Seine, les attributions d Préfet de police, enfin la composition du Comi consultatif d'hygiène publique de France.

Le décret du 18 décembre 1904 règle le fon tionnement de ce comité consultatif, la nomina tion des auditeurs et la constitution d'une se tion permanente.

Une circulaire ministérielle du 28 juillet 190 en raison de l'importance des Commissions san taire et d'autre part du petit nombre des mem bres qui les composent, invitait les Préfets à in tituer dans chaque arrondissement, suivant so importance relative au point de vue urbain, i dustriel ou agricole, de deux à cinq commission

L'article 1er de la loi du 9 janvier 1906 port de sept à neuf le nombre maximum des membr composant les Commissions sanitaires et exig parmi eux la présence d'un pharmacien ;

Chaque commission sanitaire de circonscripti sera composée de cinq membres au moins et de ne au plus pris dans la circonscription. Elle comprend nécessairement un conseiller général élu par ses coll gues et au moins un médecin, un pharmacien, un v térinaire, un architecte ou un technicien d'une com pétence analogue.

La circulaire du 19 juillet 1902 appelait l'a tention des Préfets sur les dépenses que deva entraîner l'organisation nouvelle ; la circulaire d 29 janvier 1907 précise :

Les dépenses peuvent comprendre ainsi :

Des indemnités de fonction ou jetons de présen pour les membres des assemblées sanitaires assista aux séances ;

Des frais de déplacement pour se rendre aux séa ces ;

Des frais de mission pour enquêter sur place ou v site de lieux, comportant, suivant les cas, frais de d placement, frais de vacation et indemnités pour r daction de rapports ;

Des frais de secrétariat ;

Des frais de bibliothèque, d'impression et de pub cation, etc.

Sur les trois derniers points (frais de secrétariat, d bureau, de bibliothèque, etc.), les dépenses devr être réduites au strict minimum.

Un état comportera le relevé détaillé des dépen effectuées dans ces conditions tant par le Conseil d partemental d'hygiène que par chacune des comm sions sanitaires.

7° Organisation financière

L'organisation des services de la protection d la santé publique est réglée par la circulaire m nistérielle du 29 janvier 1907.

Ce n'est pas là une question du domaine m dical, nous la résumerons cependant, pensant qu est bon qu'elle soit connue de tous.

Les dépenses occasionnées par la loi de pr tection de la santé publique se répartissent, on sait, entre les communes, le département et l'É tat, mais la répartition ne se fait pas comme po l'assistance médicale gratuite.

Le montant des dépenses, après déduction d recettes, est réparti entre les communes au *pr rata* de leur population respective et non pas s lon l'importance des dépenses qui ont été eff tuées dans chacune d'elles.

Encore faut-il distinguer entre le service sp

cial de la désinfection et les autres services : assemblées sanitaires, vaccine, épidémies, inspection et contrôle.

Pour ces derniers services la répartition se fait entre toutes les communes indistinctement.

Pour le service de la désinfection au contraire, les dépenses des villes au-dessus de 20.000 habitants leur restent propres : on déduit donc leurs dépenses du total général, comme on déduit leur population de la population totale du département. La répartition ne comprend que les dépenses des communes ne comptant pas 20.000 habitants et se fait entre ces seules communes au *prorata* de leur population.

Chaque commune, ayant ainsi son contingent fixé, doit d'abord pour le couvrir, faire emploi de ses ressources spéciales et de ses revenus ordinaires libres (comme pour l'assistance médicale gratuite d'ailleurs) ; l'insuffisance restante est alors répartie, suivant le barême A de l'assistance médicale, entre la commune et le département. Le département à son tour est subventionné par l'Etat selon le barême B de l'Assistance.

En parlant du service de la désinfection, nous n'avons d'ailleurs eu en vue que les dépenses de fonctionnement. Les dépenses d'organisation (achats d'appareils, de gros matériel, constructions ,etc...) sont à la charge exclusive des départements et de l'Etat.

Cette organisation résulte de la loi du 22 juin 1906 qui est venue compléter l'article 26 de la loi du 5 février 1902.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Séance du 14 *mars* 1907.

Présents : MM. Maurat, président, Vimont et Jeanne, vice-présidents, Me Gatineau, conseil judiciaire ;Dr Gassot, trésorier ;Dr de Grissac, secrétaire général;Diverneresse, Bellencontre, Levassort, syndics.

Excusés : MM. Cézilly et L. Gassot.

La parole est donnée au secrétaire général.

M. de Grissac soumet une plainte relative à des détournements de victimes du travail pratiqués par un greffier de paix lors des convocations des blessés par quinzaine pour enquête.

Il est décidé que suite sera donnée à l'affaire par voie hiérarchique d'abord et on en précise les voies et moyens.

Connaissance est prise du point où en est rendue l'affaire Dr V..., contre le maire de sa commune,à propos d'un service municipal. Après examen de l'arrêt du Conseil d'Etat,le bureau décide que le litige sera porté, aux frais du«Sou médical», devant le tribunal des conflits.

Sur un jugement rendu en sens inverse d'une solution jadis obtenue à Paris par le«Sou»le Conseil décide qu'il sera pris mesures provisoires afin de sauvegarder la possibilité d'un pourvoi.

— Après avis du Conseil judiciaire l'assemblée estime qu'elle accordera l'appui de la Société jusqu'à concurrence de 150 francs pour un recouvrement d'honoraires dans deux cas particuliers qui mettent en cause la responsabilité d'une administration de l'Etat, à la condition que, pour le second de ces deux cas, la Sociétaire déclare prouver par témoins qu'il a donné ses soins dans l'espèce, à un accidenté du travail.

— Appui pécuniaire est accordé jusqu'à concurrence de 150 fr. au Dr N. contre P. en vue d'une action dont le développement, s'il a lieu, sera dirigé par le « Sou médical ».

— En faveur du Dr G. procès est décidé en justice de paix pour détournement de clientèle et l'appui du «Sou» est accordé jusqu'à concurrence de cent francs à cause des frais exceptionnels prévus.

— M. le Dr S. recevra un supplément de 850 fr. pour participation aux frais de son procès.

Le Conseil examine ensuite les nombreuses affaires en cours, pour lesquelles il n'est pas maintenant possible de prévoir des chiffres de dépenses.

M. le Dr Gassot soumet la liste des candidatures et le Conseil prononce les admissions suivantes.

1226 Dr Guénot, à la Ferté-Loupière (Yonne).
1227 Dr Capony, à Roanne (Loire).
1228 Dr Pech, à Aubais (Gard).
1229 Dr Ripart, à Villejuif (Seine).
1230 Dr Dorléans, à Tours (Indre-et-Loire).
1231 Dr Ebrard, à Tallard (Hautes-Alpes).
1232 Dr Ménager, à Nantes.
1233 Dr Mulle, à Marseille.
1234 Dr Charbonnier, à Caen.
1235 Dr Douvre, à Rive-de-Gier (Loire).
1236 Dr Poissenot, à Ecouen (Seine-et-Oise).
1237 Dr Dervaux, à St-Omer (Pas-de-Calais).
1238 Dr Isaac, à Bèze (Cote-d'Or).
1239 Dr Mosnier, à La Montgie (Puy-de-Dôme).
1240 Dr Proby, à Oullins (Rhône).
1241 Dr Dauphant, à La Bergère, par Celles (Puy-de-Dôme).
1242 Dr Tacquet, à St-Riquier (Somme).
1243 Dr Lafont, à Vicdessos (Ariège).
1244 Dr Harlet, à Roubaix (Nord).
1245 Dr Lefilliâtre, à Paris (rue Pasquier).
1246 Dr Pernot, à Gaillon (Eure).
1247 Dr Tocheport, à Excideuil (Dordogne).
1248 Dr Bouvat, à St-Péray (Ardèche).
1249 Dr Thiers, à Valence (Drôme).
1250 Dr Grégoire, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).
1251 Dr A. Bernheim, à Paris, 71, rue de Provence.
1252 Dr Souchon, à Nîmes (Gard).
1253 Dr Herrero, à Vielmurt-sur-Agout) (Tarn).
1254 Dr Leloup, à Plaisir-Grignou (S.-et-O.).
1255 Dr Philippi, à St-Lucipin (Jura).
1256 Dr Picaudet, à Montmarault (Allier).
1257 Dr Damey, à Pont-Croix (Finistère).
1258 Dr Odoul, à Dources (Pas-de-Calais).
1259 Dr Cotte, à Marseille.
1260 Dr Vaille, à Caudry (Nord).
1261 Dr Girou, à Aurillac ((Cantal).
1262 Dr Ricoux, à Beaulieu (Alpes-Maritimes).
1263 Dr Duquesney, à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
1264 Dr Fradin, à Nonnaire (Loire-Inférieure).

1265 Dr Herbecourt, à Paris.
1266 Dr Mimin, à Lagny (Seine-et-Marne).
1267 Dr Cassoute, à Marseille.
1268 Dr Prunet, à Jars (Cher).
1269 Dr Ausset, à Lille.
1270 Dr Buisson, à Châtillon-sur-Indre (Indre).
1271 Dr Courgenou, à Courbevoie (Seine).
1272 Dr Vitrac (Junior), à Libourne (Gironde).
1273 Dr Arquier, à Brassac (Tarn).
1274 Dr Weil, à Mézières (Ardennes).
1275 Dr Chibret, à Aurillac (Cantal).
1276 Dr Leroy, à Marquise (Pas-de-Calais).
1277 Dr Maire à Vichy (Allier).
1278 Dr Servas, à Bourg (Ain).
1279 Dr Raynal, à Albi (Tarn).
1280 Dr Rollet, Longeau (Haute-Marne).
1281 Dr Guillemonat, Paris.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire général,
Dr DE GRISSAC.

REPORTAGE MÉDICAL

Conférence du Syndicat des Médecins de la Seine. — Le Syndicat des Médecins de la Seine a organisé pour le lundi 25 mars, à 9 heures du soir, une Conférence qui se tiendra à l'Hôtel des Sociétés Savantes sous la présidence de M. Chautemps, ancien Ministre, Sénateur de la Haute-Savoie.

Le conférencier, Dr Gairal, président de l'Union des Syndicals Médicaux de France traitera le sujet suivant : *De la Mutualité en général, Rapport de la Mutualité avec les Médecins-*

On trouve des cartes d'invitation au Syndicat des Médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris.

Hôpital Saint Antoine , 184, rue du Faubourg St-Antoine, 184. *Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* — Sous la direction du Dr M. Lermoyez. médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint Antoine, les Drs Paul-Laurens et Hautant. assistants. commenceront, le lundi 15 avril 1906, un cours de pratique. de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès de M. le Dr Paul Laurens.

Comment nous devons rédiger les certificats pour les nourrissons. — On sait que des poursuites ont été récemment intentées à des médecins à propos de certificats délivrés à des nourrissons..... avariés et que des dommages et intérêts élevés leur étaient réclamés. M. Ch. Leroux vient de proposer un modèle de certificat permettant d'éviter désormais toute réclamation.

« Je soussigné,... après avoir examiné séparément M. et Mme X...,après avoir obtenu d'eux l'affirmation formelle qu'ils n'ont jamais été atteints de syphilis, après avoir constaté qu'il n'existe chez eux aucun symptôme de syphilis à la date du..., non plus que d'autre maladie contagieuse, déclare que l'enfant issu des parents ci-dessus dénommés ne présente à la date du... aucun symptôme de syphilis ni d'autre maladie contagieuse.

Déclare, en outre, que mon certificat n'engage en rien dans le cas où des symptômes ultérieurs de maladie contagieuse viendraient à se développer. Sous le bénéfice de cette réserve expresse, je certifie qu'à ce jour l'enfant peut être confié à une nourrice. »

(*Gaz. méd. de Paris.*)

Une nouvelle source à Châtel Guyon. — Les recherches qu'avait entreprises la Société des Eaux de Châtel-Guyon dans le thalweg de la vallée viennent heureusement d'aboutir à la découverte d'une nouvelle source chaude d'Eaux minérales. Elle a été captée en plein porphyre rouge, à la profondeur de 11 m. 50. Sa température est de 37° environ. et sa composition apparaît à un examen sommaire, semblable à celle de toutes les autres sources de Châtel-Guyon et en particulier à sa source-type, la grande Source Gubler. Elle débite 6 litres 60 par seconde soit 600.000 litres par 24 heures.Châtel-Guyon atteindra bientôt une production quotidienne de 4 millions de litres d'eau thermale ; deux stations seulement, dans le monde entier, dépassent ce chiffre formidable.

Armement des Médecins aides-majors de Réserve. — Conformément aux prescriptions de la note ministérielle du 12 avril 1900, les officiers de Réserve n'ayant pas droit à l'indemnité de première mise d'équipement reçoivent gratuitement, sur leur demande, à titre de prêt, un sabre de cavalerie légère modèle 1882.

Il suffit de prendre l'engagement dans la demande de faire restituer cette arme à l'établissement d'artillerie livrancier en cas de radiation des contrôles. pour quelque motif que ce soit.

Les frais de transport sont à la charge de l'Etat

Cette demande est adressée au général commandant le corps d'armée par la voie hiérarchique c'est-à-dire par l'intermédiaire du Directeur de santé de la division.

Faculté et Hôpitaux.

A partir du lundi 6 mai 1907, avec l'autorisation de M. Pierre Sebileau. professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. et sous sa direction MM. P. Gibert et F. Lemaître, assistants, feront une série de vingt conférences cliniques avec examen et présentation de malades. Ces conférences auront lieu le matin à 8 h. 1/4, à la consultation de larynx. Le prix d'inscription est de 50 francs. Se faire inscrire auprès de M. Gibert, assistant du service. salle Davaine.

Une seconde série du cours de chirurgie expérimentale (opérations sur l'animal vivant) qui est fait à l'hôpital Broca, sous la direction de M. le Prof. Pozzi, par MM. Proust et Dartignes commencera le 26 mars. S'inscrire à la Faculté. guichet n° 3. Le droit d'inscription sera fixé à 50 francs.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

**Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.**
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 13 | Dimanche 31 MARS 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

L'ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

(CONGRÈS DES PRATICIENS)

Les exigences de l'actualité nous feront toucher aujourd'hui à plusieurs points, tout en parlant du Congrès.

Nous saluerons d'abord le succès complet remporté à Paris par les hommes d'avant-garde, nos collaborateurs et amis, qui viennent de faire faire un grand pas à l'évolution syndicale nécessaire en s'assurant la confiance du Syndicat de la Seine.

Oublieux des horions d'une lutte électorale où la résistance avait mobilisé toutes ses légions de tartigrades, ils n'ont plus d'yeux que pour l'avenir et les réformes prudemment préparées et tenacement poursuivies, en tout souci du respect des intérêts *légitimes* et même avec des égards confraternels envers ceux qui ne le sont pas.

L'exemple à suivre vient d'être ainsi donné de la plus éclatante façon aux Syndicats figés des grandes villes, et cela par celui dont la transformation était la plus malaisée.

Le *Congrès des Praticiens*, qui redoutait un peu de trouver Paris en retard sur les aspirations de la province, peut maintenant proclamer sans crainte la nécessité, pour le Corps médical, de subordonner partout et toujours ses revendications au principe de la liberté de confiance des malades dans le choix de leur médecin. Il le faut, et cela sera fait partout.

Mais, pendant que nos Confrères parisiens préparaient ainsi cette partie de la tâche du Congrès, la Commission ministérielle de la réforme des études médicales avait la bonne fortune de préparer l'autre tout aussi heureusement.

Pour tous ceux, en effet, qui ont participé à ses premiers travaux, qui ont vu s'établir en toute cordialité l'accord sur le large mandat donné à la Commission, il appert manifestement que le régime d'études de 1893 est condamné à l'unanimité et jusque dans les abus auxquels il ouvrait la porte. Autant que nous, praticiens, nos Maîtres vont travailler à la démolition et à la reconstruction de l'édifice avec un seul but, un seul idéal, celui que, dès le premier jour, les délégués de nos grandes Sociétés professionnelles ont déclaré ne vouloir jamais perdre de vue : *l'intérêt supérieur de la santé publique qui n'admet aucune transaction à lui préjudiciable.*

Accourez donc tous au Congrès, chers confrères ; venez-y en masse, vos cahiers à la main.

Pas un Syndicat, pas une Société n'y doivent laisser leur place vide. La salle de la Société de Géographie (184, bd Saint-Germain) est grande et bien choisie ; il faut qu'elle donne naissance à un « *Conseil permanent de défense professionnelle du corps médical* » chargé d'une action constante et mandaté par vous tous pour réunir de nouveau aux heures critiques l'« *Assemblée nationale des praticiens* ».

Dr H. JEANNE.

N. B. Dans les listes publiées au dernier numéro du journal, nombre de Syndicats et de délégués ont été omis, le Secrétariat du Congrès n'ayant pas encore pu, cela se comprend, fournir un état complet des documents qui lui arrivent en masse. Ces listes seront rectifiées et paraîtront intégralement lors de la publication des comptes-rendus.

Secrétariat général : Docteur LEREDDE

31, RUE LA BOETIE, PARIS. — TÉLÉPHONE 564-18.

Note importante.

Toute la correspondance doit être adressée au Secrétaire Général, Dr LEREDDE, 31, *rue la Boëtie,* et *tout ce qui concerne les fonds, au Trésorier,* Dr GOUFFIER, 24, *rue de Chartres, Neuilly sur-Seine.*

Paris, le 23 mars 1907.

Monsieur le Docteur Jeanne,
Mon cher Collègue et Ami,

A la suite d'une erreur matérielle, que je regrette infiniment, le programme qui a été transmis au sujet des rapports du Congrès, ne contenait pas l'indication du rapport de nos collègues : Gouffier et Lacroix, sur les réformes des études et l'encombrement médical. Cette omission m'est d'autant plus désagréable que personne mieux que moi ne sait la part considérable que le *Concours Médical* a eu dans le mouvement actuel, dont il a été la principale origine ; d'autre part le rapport de Gouffier et Lacroix sera un des plus importants parmi ceux qui sont présentés au Congrès, et d'un intérêt immédiat pour tous nos confrères.

Je regrette qu'en raison de votre deuil vous n'ayez pu assister à la séance de la Commission d'organisation hier. Plusieurs de nos confrères avaient pris la peine de venir de province : les Drs Cosse de Tours ; Bertillon, de Maisons-Laffitte ; Caudrelier et Coppens, de Lille.

Le Dr Caudrelier nous a parlé du mouvement considérable qui s'est fait dans le Nord et a remis à Gouffier 175 adhésions individuelles sans compter la souscription des Syndicats et de la Fédération du Nord.

Nous avons beaucoup parlé de la Commission de réforme des études médicales et plusieurs membres ont remarqué que les noms pris sur les listes remises au ministre n'avaient pas été choisis dans l'ordre présenté ; d'autre part que les représentations ne correspondaient pas du tout à l'importance des groupements représentés. Ceci a une grosse importance pour l'avenir. Il faut qu'il soit établi dès maintenant que les listes remises au ministre ont été modifiées par le Ministère, et que la Commission ne représente pas, telle qu'elle est constituée, les praticiens d'une manière régulière ; mais là-dessus, vous en savez plus que moi, et je ne veux pas insister, car tout le monde sait bien aussi que cela n'est pas de votre faute.

Veuillez agréer, cher Collègue et ami, l'expression de mes sentiments bien sincères.

Dr LEREDDE.

P.S.— Vous avez sans doute remarqué que dans la liste que je vous ai transmise il y a quelques jours, les noms d'un grand nombre de délégués des Syndicats ou de groupements médicaux étaient absents. Je serai heureux que les secrétaires de ces groupements veuillent bien me donner les indications qui me manquent. Il est à craindre que nous ne puissions faire bénéficier les confrères dont les noms ne nous sont pas encore parvenus d'une réduction sur les chemins de fer.

FEUILLETON

La réforme des études médicales.

Il faut en parler encore, y revenir sans cesse, jusqu'à satisfaction, entretenir le feu sacré jusqu'aux prochaines assises des praticiens, qui seront certainement importantes.

Il est regrettable que les médecins proprement dits (je ne parle pas des savants en us, des gros bonnets de la profession, rentés, dotés, satisfaits) n'aient pas un accès facile auprès du ministre de l'instruction publique, qu'on dit animé des meilleures intentions, résolu à ne pas s'en laisser imposer par le bloc autoritaire des bureaux, afin d'appeler sa bienveillante attention, dans l'intérêt du pays et même du gouvernement républicain, sur les doléances à peu près générales du corps médical.

Le bruit en est-il arrivé jusqu'à lui ? J'aime à le croire, sans en être autrement sûr, car les hommes politiques en vedette sont absorbés par tant de soucis divers, d'ordre spécial, qu'il ne leur reste plus de temps pour s'occuper des problèmes les plus graves, les plus pressants, ceux dont la solution est le plus ardemment souhaitée et importe particulièrement au bon renom de notre patrie et à son avenir scientifique.

Il y aurait cependant un bien beau rôle à jouer pour un maître de l'université, vraiment indépendant et libéral, vraiment désireux de pousser les jeunes générations dans la voie du progrès, en portant une hache impitoyable dans l'édifice vermoulu de l'enseignement, en modifiant les programmes surannés comme la collation des grades, en les appropriant aux besoins nouveaux de l'époque.

C'est une révolution à tenter un homme énergique, à le couvrir de gloire et à faire bénir son nom par la postérité.

Que de choses ridicules qui n'ont plus leur raison d'être, qui ne représentent que du temps perdu, dans les divers baccalauréats, dans le P. C. N., dans les cours uniquement théoriques de la Faculté de médecine en particulier. Tout ce fatras indigeste d'érudition, si vite oublié, ne saurait correspondre à une culture bien équilibrée, attrayante et féconde, vraiment exempte de toute pédanterie.

Si les nombreux soucis qui absorbent son excellence lui permettaient d'abaisser ses regards vers nos misères professionnelles et de tenir compte des réclamations les plus légitimes, on lui aurait dit que la démocratie médicale s'agite énergiquement depuis des mois et des années pour obtenir une orientation plus pratique des études, pour ne plus se prêter au rôle de solliciteurs qu'on dupe, d'électeurs faciles à endormir. Elle ne veut plus se laisser enliser dans la routine, tient à décider enfin de ses propres destinées, au lieu de les voir remises entre les mains indifférentes de personnages officiels qui s'en désintéressent, qui ne sauraient avoir une compétence générale et exclusive, ou ne demandent qu'à digérer paisiblement dans la sécurité des sinécures consacrées.

Si les intrigues n'absorbaient pas également les pontifes de l'église enseignante, ces congréganistes d'une espèce particulière, sourds au bruit du dehors, cristallisés dans leurs idées fixes, ils sauraient que les praticiens et les délégués des sociétés médicales

LA SEMAINE MÉDICALE

Un régime végétarien.

M. le Dr F. Chauvel, d'Angers, a publié dans le *Bulletin Médical*, le régime végétarien qu'il a expérimenté sur lui même avec d'excellents résultats au point de vue digestif pendant cinq ans.

Le régime suivi a été *végétarien* mitigé, admettant par conséquent le lait, le beurre et les œufs, tandis que ces derniers aliments sont exclus du régime *végétarien*, c'est-à-dire strictement végétal.

Dans le but de réduire le plus possible les purines et l'acide urique, le sujet a supprimé complètement l'usage du café, du thé, des légumineuses, des champignons, des asperges et beaucoup réduit la consommation des œufs et du chocolat.

Les rares échecs du végétarisme sont souvent dus à l'abus des légumineuses, peu assimilables, riches en purines et génératrices d'acide urique précipitant facilement.

Voici un aperçu des menus.

Petit déjeuner. — Une tasse de chocolat au lait (contenant 10 gr. de cacao) et 60 gr. de pain environ.

Déjeuner.— (11 h. 1/2). — 1° Un hors d'œuvre (radis, céleri, artichaut, concombre ou autres légumes ou fruits *crus*) ; 2° un plat de légumes, ou de céréales, ou deux œufs (2 fois par semaine seulement) ; 3° un plat de pommes de terre ; 4° un dessert composé surtout de fruits, de préférence crus. Pain 200 gr. environ.

Dîner. (7 h.)— 1° Un potage maigre ; 2° un légume vert ou une farine, en petite quantité ; 3° salade ; 4° dessert, confitures ou fruits. Pain 100 à 150 gr. Boisson : eau additionnée de 1/20e de vin blanc.

Ce régime représente environ 2200 calories par jour, avec 60 à 70 grammes d'albumine. Or après cinq ans de ce régime on a constaté :

1° Maintien du poids normal avec faibles oscillations saisonnières ;

2° Disparition radicale des migraines ;

3° Disparition des dépôts uratiques, réduits à peu près à la production endogène, solubilisation parfaite de l'acide urique ;

4° Le temps consacré au sommeil, qui devait être autrefois de 8 heures *au moins*, n'est plus que de 6 à 7 heures *au plus* (en été souvent 4 à 5 heures seulement, les jours de sortie à bicyclette);

5° Autrefois, le travail, intellectuel ou physique, était très pénible le matin, maintenant il est aussi aisé que celui du soir ;

6° Grande augmentation de l'endurance physique. Le kilomètrage annuel, à bicyclette, qui était tombé à 2000 km., remonte à 3500 en 1903, 4553 en 1904 et 5436 en 1905. Les étapes passent de 100 km., *avec fatigue* à 180 en 1904 et 200 km. en 1905, *sans fatigue*, quoique effectuées à une plus vive allure ;

7° Plus grande facilité pour le travail intellectuel, les trois dernières années ont donné une production plus considérable que par le passé, avec moins de fatigue ;

8° Le caractère est devenu moins irritable, plus

---

des groupes syndicaux et parlementaires, sont résolus à aboutir. Le mouvement de révolte, d'indignation, de dégoût est général, unanime ; le flot vengeur ne cesse de monter et il emportera tout sur son passage, si on ne veut pas en tenir compte, si on passe outre devant les revendications de la majorité.

On en a assez des fonctionnaires hautains, des examinateurs d'un autre âge ; le public et la grande presse sont avec nous, pour demander, comme l'a dit Paul Berthod, que l'apprentissage réel du médecin s'accomplisse à l'école et durant ses études, et non sur ses premiers malades.

Au Congrès de Lyon (Association française pour l'avancement des sciences) M. Lipmann, lui-même n'a pas hésité à dénoncer cette pédagogie de l'ancien régime, qui pèse bureaucratiquement sur l'enseignement supérieur, et à flétrir le fléau grotesque du mandarinisme.

Nous n'avons pas besoin de diplômes supérieurs, de nouveaux galons, de nouveaux panaches, pour accentuer le mouvement admirable qui met partout les laboratoires en gestation, provoque l'émulation, l'initiative, l'expansion de notre génie inventif : les Cuvier, les Claude Bernard, les Lavoisier, les Berthelot, les Pasteur et tous ceux qui marchent glorieusement sur leurs traces continueront leurs travaux, sans se soucier des encouragements enfantins que les pouvoirs publics voudraient leur offrir.

Il en est de même des travailleurs plus modestes, des fils d'Hippocrate les mieux intentionnés, qui ne demandent qu'à se rendre utiles, qu'à soulager les maux de leurs semblables, sans s'attarder à des conceptions de laboratoire, à des théories d'écoles, sans pâlir sur des documents indigestes, sans aucune utilité pour leur sacerdoce bienfaisant. — Réservez pour l'élite, pour les forts en thème, si bon vous semble, ces ruminations trop substantielles, elles ne conviennent qu'à un petit nombre d'initiés, de cerveaux solides ou complaisants, qui absorbent tout, sans avoir à craindre la nausée.

L'ennui naquit un jour de l'Université !

Pour 99 médecins sur cent, il n'y a aucun avantage à ingurgiter tant de matériaux, et il faut qu'on se décide enfin à marcher sur les traces des universités allemandes, où tout concourt à faciliter les recherches des professeurs comme les études des élèves, de manière à faire des uns des savants, des autres de bons cliniciens.

Dans ses *Notes d'un excursionniste en Allemagne*, dont j'ai déjà fait un éloge enthousiaste, le docteur Charpentier démontre que c'est à la suite de comparaisons faciles à faire que les étudiants renoncent à l'enseignement français : « Pourquoi, dit-il ? Parce que le professeur allemand travaille pour la science et pour les élèves qui le rémunèrent. »

Il ne fait pas de clientèle : elle lui perdrait un temps précieux qui revient de droit à cette science qui lui donne gloire et honneur, aux élèves qui lui fournissent l'argent.

Les appointements du professeur sont d'autant plus élevés qu'il est plus goûté de ses auditeurs.

Le professeur français a beaucoup trop travaillé pour devenir agrégé ; professeur, il ne travaille plus pour la science, mais pour lui ; il n'a qu'un but, voir des malades, beaucoup de malades, payant d'autant plus que ses titres sont plus ronflants. Le titre ne sert

calme, plus pondéré, sans devenir pour cela apathique et sans rien perdre de son énergie, bien au contraire.

On voit donc que le régime végétarien, dans ces conditions, c'est-à-dire avec une faible ration, qui ne surcharge nullement l'appareil digestif est non seulement amplement suffisant pour maintenir parfaite la santé de l'individu, mais encore, qu'il augmente notablement son rendement.

L'épuration des eaux d'égout.

MM. A. Muntz et E. Lainé ont fait à l'Académie des sciences une communication sur la grande efficacité de la tourbe pour l'épuration des eaux d'égout. Cette tourbe forme, disent-ils, pour les organismes nitrifiants un support incomparablement supérieur à ceux jusqu'ici mis en œuvre, et en raison de cette particularité, il est possible d'établir des champs bactériens à base de tourbe ayant une puissance d'épuration extrêmement grande.

Les expériences des deux auteurs ont montré qu'en partant d'eaux d'égout très chargées on peut arriver rapidement à une bonne épuration, même avec une faible épaisseur de la couche de tourbe.

L'avantage principal du procédé nouveau préconisé par MM. A. Muntz et Lainé est qu'il donne la possibilité d'épurer, sur des surfaces restreintes de lits bactériens de tourbe, les volumes énormes d'eaux polluées produites dans les agglomérations urbaines et les établissements industriels.

Séborrhée périanale.

Il n'est pas rare de voir se produire dans la région périanale des lésions séborrhéiques avec excoriations légères, s'accompagnant de violentes démangeaisons. On peut traiter ces cas de la manière suivante qui s'applique d'ailleurs à toutes les lésions eczémateuses de cette région (Dr *Brocq.*)

Acide phénique	0,25 centigr.
Eau distillée	25 grammes.

On appliquera ensuite matin et soir :

Ichtyol	1 gramme
Oxyde de zinc	3 —
Lanoline	6 —
Vaseline	12 —

Poudrer ensuite avec mélange à parties égales de talc et d'oxyde de zinc.

Traitement de la coqueluche

Parmi les innombrables médicaments qui ont été tour à tour préconisés contre la coqueluche, il n'en est guère que trois dont la valeur justifie l'emploi : ce sont la belladone, l'antipyrine et le bromoforme. Ils sont malheureusement peu maniables ; à doses massives, les seules efficaces, la belladone risque d'entraîner des signes d'intolérance ; de même, l'antipyrine est souvent mal supportée : quant au bromoforme, des accidents toxiques peuvent suivre son emploi : on a signalé de la torpeur, et même la mort consécutive. Il est donc prudent de ne pas y recourir, si l'on ne peut surveiller son action.

En revanche, il est un médicament dont bon

---

qu'à augmenter le chiffre des honoraires. Il ne peut s'occuper de ses élèves. Il est absorbé par d'autres soucis.

Peut-on lui en faire un reproche ? Non, les appointements d'un professeur de l'Etat sont modestes, les mêmes, que les cours soient bien ou mal faits, les bénéfices de la clientèle énormes.

Il est toujours dangereux de mettre en opposition les intérêts et les devoirs des hommes. Le Français se croit homme de progrès, il n'y a pas de pire routinier.

D'autre part, Paul Adam écrivait naguère avec un certain lyrisme qui ne saurait nous déplaire : « Au fond des cliniques berlinoises et parisiennes, l'Allemagne et la France se défient comme au champ clos d'Algésiras. Réduire le mal typhique, le chancre du fumeur, ou la plaie du poumon, vaut mieux pour l'honneur d'une nation que de soumettre les acheteurs marocains au devoir d'acquérir exclusivement sa camelote. Et c'est un signe de moralité supérieure que cet élan des masses vers ceux qui tentent de les guérir. Les Grancher, les Doyen, les Poirier, les Behring, etc.. susciteront bientôt autant de foi que les apôtres des vieilles religions, quand ils amendaient les ulcères des multitudes accourues vers les piscines miraculeuses, avec des bouches prêtes aux abjurations comme aux serments nécessaires. Toute religion commença par ces enthousiasmes de souffrants qui cherchaient de l'espoir ».

Puisqu'on est déjà parvenu à vaincre tant de monstres, tant de fléaux, comment n'arriverait-on pas à triompher de celui de la routine, de l'imbroglio créé par des programmes surannés et l'enchevêtrement des examens, qui ne fournissent pas à l'étudiant l'occasion d'exercer son esprit d'observation, d'interpréter les faits, d'utiliser les notions théoriques qu'il a péniblement acquises. Après la fausse éducation donnée par le P. C. N., on continue à l'accabler d'un faux bagage préliminaire, de connaissances scientifiques générales, qui ne touchent que de fort loin à la médecine, au lieu de l'orienter de bonne heure vers la clinique, de le mettre sans trop de retards en contact avec les malades et la maladie, de lui apprendre non pas seulement à diagnostiquer, mais à soulager et à guérir, au lieu de lui donner en un mot une tournure et des aptitudes d'esprit vraiment en rapport avec l'exercice de notre profession.

Tous les médecins sensés, de même que nos futurs successeurs, réclament énergiquement un enseignement plus rationnel, plus pratique, avec la ferme volonté d'aboutir, de ne plus se contenter d'échappatoires, de promesses en l'air. On rompra s'il le faut avec l'état-major, avec les salariés satisfaits de leur prébendes, on les abandonnera à leur superbe isolement (c'est un mode de solution qui n'est pas à dédaigner). C'est une révolution complète que les praticiens exigent et non de timides réformes, concédées sans conviction, avec l'arrière-pensée de persévérer dans les errements d'autrefois.

Dr Grellety (de Vichy)

N. D. L. R. — Cet article était déjà composé quand nous avons écrit l'impression favorable laissée par les premiers travaux de la Commission : notre collaborateur en était encore à craindre et à combattre d'avance un esprit de routine qui semble bien ne plus devoir se manifester.

nombre de praticiens proclament l'innocuité absolue en même temps que la réelle action curative : c'est le Gomenol, qui n'est ni toxique, ni caustique et que les petits coquelucheux supportent admirablement, sous quelque forme qu'il soit administré.

Dans ses leçons cliniques de l'Hôpital des Enfants-Malades, M. le Dr Mery en a fait connaître les bienfaisants effets. D'autre part, le produit a été l'objet de minutieux essais à l'Hôtel-Dieu (observations du Dr Maigrot), au Dispensaire Furtado Heine (observations des Drs. Ch. Leroux et Roger Pasteau), à la Clinique infantile de la Faculté de Lille (travaux du Dr Ausset), etc., etc.

Il résulte de tous ces essais que le Gomenol peut être à bon droit considéré comme le médicament de choix contre la coqueluche, cela pour deux raisons ;

D'une part, il exerce une action réellement élective sur l'élément spasmodique : sous son influence, les quintes diminuent progressivement de nombre, leur intensité et leur durée subissent la même atténuation, tandis que disparaissent les symptômes secondaires (nausées, vomissements, troubles nerveux et circulatoires), puis à son tour la bronchite catarrhale. Si rapide est l'efficacité du Gomenol que la convalescence s'affirme dès la première semaine du traitement et que la guérison totale est très fréquemment notée au bout du dixième ou du douzième jour.

D'autre part, les propriétés puissamment antiseptiques du Gomenol rendent son emploi formel pour empêcher toute complication, toute infection secondaire. Soit qu'on l'utilise en inhalation et pulvérisations, soit qu'on pratique plus directement l'antisepsie des fosses nasales à l'aide d'onguent gomenolé, on évitera la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, accidents fréquents dans le cours de la coqueluche et dont la gravité est si souvent redoutable.

Pour administrer le Gomenol aux coquelucheux, il est deux méthodes de choix : les lavements d'huile gomenolée à 50 % et les injections hypodermiques d'huile gomenolée à 20 %. Les lavements seront de 10 à 20 cc. par jour, selon l'âge du petit malade ; on pourra les donner matin et soir et on les fera précéder d'un lavement évacuateur. Quant aux injections hypodermiques, elles seront faites quotidiennement à doses progressives, la progression étant de 1/2 cc. par jour ; pour un enfant de 2 ans, la dose sera de 3 à 5 cc. : de 2 à 3 ans, 5 à 8 cc. : de 3 ans et au-dessus, 10 à 15 cc.

Les autres modes d'administration du médicament sont : les frictions thoraciques de baume de Gomenol (pratiquées matin et soir, en employant gros comme une fève à chaque friction) ; l'ingestion de sirop Prevet au Gomenol (1 cuillerée à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures) ; les inhalations ou les pulvérisations de Gomenol chimiquement pur. Enfin certains praticiens ont recours aux injections intra-trachéales d'Huile Gomenolée à 5 ou 10 %..

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur DIEULAFOY.

Rôle des pancréatites dans l'occlusion, calculeuse ou non calculeuse, du canal cholédoque.

Mes leçons sur ce sujet ont eu pour point de départ, je vous le rappelle, un malade venu à l'Hôtel-Dieu et entré salle Saint-Christophe avec un ictère chronique datant de 40 jours. Cet homme avait rendu une semaine auparavant un calcul cylindrique, rappelant les calculs du cholédoque, et, malgré cela, le syndrome ictérique persistait chez lui. Quinze jours après, les mêmes troubles continuant encore, nous adressâmes le patient à M. Gosset, qui l'opéra et lui fit, au 57e jour de son ictère, la fameuse opération de Kehr. Après incision en baïonnette de l'abdomen, les organes découverts, M. Gosset pratiqua la cholécystectomie, draîna les canaux biliaires et chercha le pancréas dont la tête dure, de consistance lardacée, était atteinte de pancréatite chronique scléreuse : le pancréas induré s'était ainsi substitué au calcul, comme cause d'obstruction du cholédoque et par suite, du syndrome ictérique. Le drainage des voies hépatiques amena en 40 jours la guérison, guérison qui s'est maintenue depuis cette époque. C'était à la fin d'avril.

Presque simultanément, nous avons eu dans le service une femme présentant un tableau clinique à peu près semblable. Elle était au 40e jour de son ictère et l'opération était décidée lorsqu'une amélioration parut se dessiner. Nous attendîmes, mais, deux jours après, survint un épisode aigu auquel la malade succomba en trois jours. A l'autopsie, nous avons trouvé une oblitération de l'ampoule de Vater, un calcul hépatique, le pancréas atteint de pancréatite, le foie et le rein lésés. Bref, bien que la malade eut des lésions suffisantes pour entraîner la mort, nous n'avons pu mettre sur son cas une étiquette précise expliquant la terminaison fatale.

En somme, dans toute cette grande question des ictères chroniques, calculeux ou non, il faut toujours penser au pancréas, aux pancréatites, aux cirrhoses du pancréas qui les accompagnent. Qu'il y ait eu ou non calculose, le syndrome pancréatique est le même. Il comprend des douleurs locales, quelquefois une tuméfaction aux environs de l'ombilic, où l'on sent alors une masse dure. Le patient a de l'ictère, il a maigri. Constatant une tumeur, on se dit : c'est un cancer de la tête du pancréas. Parfois on n'opère pas, jugeant l'intervention inutile ; d'autres fois on opère, pour rétablir le cours de la bile et faire bénéficier le malade de 5 à 6 mois de survie. On fait l'opération de Kehr, et, arrivé sur le pancréas, on découvre une tumeur. On dérive la bile. Au bout de quelques semaines, de quelques jours dans certains cas, le patient mange et digère déjà mieux ; il n'a presque plus de douleurs, il n'a plus de cachexie, sa tumeur paraît fondre. Un ou deux

mois après, il quitte l'hôpital, en excellent état : ce que vous aviez pris pour un cancer était une pancréatite chronique exubérante.

Dans cette pancréatite, associée ou non aux calculs, l'opération de Kehr faite à temps amène une amélioration et, habituellement, la guérison. Si, par contre, vous n'intervenez pas, vous exposez le malade à des accidents terribles. Quels sont-ils ? Voilà un individu qui a eu des coliques hépatiques indubitables, de l'ictère à plusieurs reprises ; il a rendu des graviers, des calculs biliaires. Une nouvelle atteinte se produit, qui dure 2, 3, 4 mois, avec de l'ictère, du subictère, des urines pigmentées, des matières un peu décolorées. Cet individu fait de la lithiase, de l'infection biliaire ; il est sous le coup de quelque chose ; cependant, il ne va pas autrement mal. Vous lui conseillez un traitement médical, une cure thermale. Un jour, on vous appelle d'urgence ; votre malade souffre beaucoup, de violentes douleurs épigastriques. Vous l'examinez : il a des douleurs à la pression à l'hypochondre, dans le dos, de l'hyperesthésie de tout le ventre, qui est ballonné. Ses traits sont tirés, son facies presque péritonéal. Vous pensez à la péritonite, à l'appendicite. Il y a de l'hyperesthésie dans la fosse iliaque droite, mais moins qu'à la région épigastrique. Vous vous demandez : qu'est-cela ? Vous récapitulez : calculs, ictère, maximum des douleurs au niveau de la vésicule biliaire ; vous songez à la perforation de la vésicule, à la péritonite calculeuse, vous mettez de la glace sur le ventre et parlez de faire venir un chirurgien. Dans la nuit, la situation s'aggrave et le lendemain le malade est mort. A l'autopsie on aperçoit, d'abord, immédiatement, sur l'épiploon des taches blanches, comme des taches de bougie ou de lait caillé, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une lentille. Celui qui ne connaît pas la question cherche la péritonite et ne trouve ni pus, ni liquide, ni agglutination des anses intestinales, ni fausses membranes. Pour celui qui connaît la question, les « taches de bougies » suffisent et d'avance il sait qu'il va trouver des taches semblables dans le pancréas, parfois dans le péricarde et le médiastin ; c'est ce qu'on a nommé la *stéatonécrose*. En outre, la tête du pancréas est indurée, il y a des calculs dans le cholédoque, l'ampoule de Vater.

Qu'est donc cette stéatonécrose, si bien étudiée à l'étranger et encore si peu étudiée en France ? De la nécrose graisseuse ? Non, pas du tout, c'est même tout le contraire. Il ne s'agit pas d'une dégénérescence graisseuse des autres tissus mais d'une nécrose du tissu graisseux lui-même. Alors, c'est cela qui a tué le malade ? Attendez ! Nous allons entrer maintenant dans une discussion qui n'est pas encore bien au point. Si nous pouvons attribuer au suc pancréatique et à ses ferments cette stéatonécrose, nous demeurons en pleine hypothèse lorsqu'il s'agit d'expliquer comment le suc pancréatique arrive au contact des tissus. D'ailleurs, les taches blanches en question me font l'effet d'un témoin — témoin d'un pronostic terrible, presque fatal — mais ce ne sont pas elles qui tuent. Pour les uns, la mort est due à une réaction du plexus solaire ; pour d'autres, à une infection intense. En l'absence de tout signe d'infection, je préfère me rattacher à l'idée d'intoxication. On sent l'individu intoxiqué.

Ces faits-là ne sont pas rares puisque déjà, en 1903, un auteur étranger en relatait 33 observations. En voici quelques-unes tirées du mémoire auquel je fais allusion. 1er cas : un homme souffre depuis 16 mois de coliques hépatiques avec ictère. Survient un épisode aigu, en apparence péritonéal, et il meurt au bout de 34 heures ; à l'autopsie, on trouve des calculs dans le cholédoque et la vésicule, un pancréas volumineux et des lésions de stéatonécrose à son voisinage. 2e cas : un patient meurt au cinquième jour d'un épisode aigu avec des calculs dans la vésicule, un foyer de stéatonécrose péritonéal. 3e cas : une femme est prise de douleurs violentes à l'épigastre, comme s'il s'agissait d'une perforation d'un organe abdominal. Deux jours après, les douleurs sont toujours très vives et s'accompagnent de défense musculaire, de fièvre. On pense à une péritonite, à la possibilité d'une appendicite. On l'opère et on arrive sur un appendice malade, rempli de calculs qui est enlevé. A la partie supérieure de la plaie on voit bâiller une petite frange épiploïque avec deux ou trois petites « taches de bougie ». L'auteur, qui sait la signification de ces taches, va au pancréas dont la tête est indurée et il draine l'hépatique : aussitôt tous les accidents s'amendent et 3 semaines plus tard la malade était guérie.

Tous ces faits cliniques peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

Au cours des pancréatites chroniques, chez les individus qui ont ou non de la calculose biliaire, on voit parfois survenir des épisodes aigus dont la symptomatologie (douleurs abdominales, hyperesthésie, défense musculaire, prostration, angoisse, tendance au collapsus, vomissements) rappelle la péritonite. On pense à une perforation de la vésicule biliaire, du duodénum, etc. ; à l'autopsie, lorsque celle-ci est faite, on trouve de la *stéatonécrose*.

Aussi chez les malades qui ont de l'infection des voies biliaires avec participation pancréatique (ce que l'examen des fèces révèle) faut-il opérer sans retard. Même s'il y a stéatonécrose on peut sauver les malades.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Bronchites aiguës

Avec le retour de l'hiver et la recrudescence de la grippe, réapparaissent les inflammations aiguës des voies respiratoires, laryngites, trachéites, bronchites, etc. Les bronchites sont particulièrement intéressantes à étudier, car la difficulté de leur pronostic et de leur traitement est classique.

Ces affections sont éminemment variables et fluctuantes selon leurs causes, selon le terrain des malades et selon le tact thérapeutique du médecin.

I.

Pronostic.

En principe, une bronchite aiguë simple dure de 2 à 6 semaines, mais il y a, en réalité, peu de maladies de l'appareil respiratoire qui ait une évolution aussi imprévue. Tout dépend de la nature et de l'espèce microbienne qui a infecté l'appareil bronchique.

Tantôt la bronchite est localisée aux gros tubes bronchiques et ne présente que peu de gravité

tantôt l'arbre bronchique entier est pris d'emblée jusqu'aux bronchioles terminales, c'est la bronchite capillaire, suraïgue, le catarrhe suffocant, particulièrement fréquent aux âges extrêmes de la vie, enfants et vieillards.

De même que pour toute affection suraiguë, le pronostic en est mortel et à brève échéance.

Tantôt la bronchite est localisée à un lobe pulmonaire, à la base, par exemple ; c'est un premier stade de la bronchite chronique, persistante tenace et difficile à déraciner ; tantôt, ce sont les bronches d'un sommet qui, entourées de lobules infectés par le bacille de Koch, laissent percevoir à l'oreille des râles sibilants ou muqueux plus ou moins fins : il faut se méfier ; c'est une phase de la tuberculose déjà avancée.

En un mot, pour les bronchites plus que pour toute autre maladie, il y a « Bronchite » et « bronchite ».

Cette simple désignation générale d'une infection et d'une inflammation des bronches ne signifie rien au point de vue médical et pour en fixer le pronostic, aussi bien que le traitement, il importe d'ajouter à ce terme, le qualificatif précis indiquant sa nature.

La bronchite simple n'est jamais, à proprement parler simple : elle est habituellement grippale.

A côté de cette forme, viennent se placer la bronchite rubéolique, la bronchite typhique la bronchite coquelucheuse etc. Quand la bronchite reste limitée aux grosses bronches, elle ne présente pas de gravité et guérit en deux semaines.

Mais, quand les bronchioles capillaires sont atteintes, la guérison est rarement possible ; le malade est habituellement emporté par le catarrhe suffocant, ou bien les lésions s'étendent aux lobules et aux alvéoles et constituent ce qu'on appelle la bronchopneumonie. La bronchopneumonie tient à la fois de la bronchite et de la splénopneumonie ; son pronostic est, le plus souvent, fatal et lorsqu'on peut conjurer cette terrible éventualité, la lente évolution de la maladie, les incessantes alertes auxquelles est exposé le convalescent ne laissent pas que d'occasionner de grands embarras au médecin traitant. C'est par deux ou trois mois souvent, qu'il faut compter la durée de cette grave complication et l'affaiblissement général qui s'ensuit nécessite toujours une longue période de repos et de traitement qui se prolonge habituellement cinq ou six semaines.

D'ailleurs, la déchéance de l'appareil respiratoire, après ces broncho-pneumonies, est souvent telle que le bacille de Koch, toujours en suspension dans l'atmosphère et n'attendant qu'un terrain favorable, fait facilement son éclosion et complique la situation d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins rapide.

C'est, en somme, le spectre terrible de cette menaçante tuberculose pulmonaire qui hante l'esprit du clinicien, en présence d'une bronchite un peu prolongée et tenace. On peut dire, en effet, que si les neuf dixièmes des pleurésies sont dus à la tuberculose, près de la moitié des bronchites graves est imputable au bacille de Koch ; les unes sont primitivement tuberculeuses, les autres le sont secondairement comme par une sorte de greffe.

Il nous reste à dire quelques mots du pronostic des bronchites sans tuberculose : Lorsque plusieurs attaques de bronchite aiguë se succèdent à intervalles plus ou moins éloignés sur un même malade, il se produit presqu'infailliblement des lésions profondes des parois des bronchioles ; les fibres élastiques se laissent détruire, les parois se distendent (dilatation bronchique) ou se laissent pénétrer par l'air inspiré et s'imprègnent d'emphysème. L'emphysème pulmonaire est l'aboutissant presqu inévitable des bronchites violentes, des bronchites négligées et traînantes et surtout des bronchites répétées.

N'oublions pas ce point important du pronostic, quand nous avons à traiter une bronchite, et dans l'intérêt ultérieur du malade ; n'omettons jamais de faire à celui-ci de sérieuses recommandations pour son hygiène respiratoire : s'abstenir d'habiter des lieux humides ; ventiler suffisamment son logement et, en particulier, sa chambre à coucher, au moment où le soleil est au midi, porter à même la peau, *en toute saison*, des vêtements de flanelle ou de laine fine, éviter de laisser refroidir sur le corps des vêtements mouillés ou imbibés de sueur, ne pas trop se confiner à la chambre et choisir les professions au grand air; pratiquer l'hydrothérapie et le massage en toute saison, mais se méfier des sports violents et en particulier des courses de vitesse, en voiture ou en automobile, enfin prendre un soin jaloux de ses voies respiratoires supérieures, pharynx bouche et fosses nasales, qui doivent consister en lavages, gargarismes et aspirations nasales de pommades antiseptiques. Des pesées périodiques, à chaque changement de saison, renseignent utilement et à temps, sur le développement de l'obésité qui favorise les progrès de l'emphysème. C'est alors que l'on devra indiquer la nécessité de modifier le régime alimentaire, de le rationner, de faire fréquemment des cures d'eau et de prendre de l'iodure de potassium : 0,25 à 0,50 c. par jour. Au besoin, même, en conseillera de faire, annuellement une cure d'eau minérale au Mont Dore ou à la Bourboule selon le degré de l'emphysème.

II

Traitement.

Le traitement des bronchites aiguës comprend deux parties : la partie diététique et la partie thérapeutique.

La partie diététique est, en même temps, du traitement et de la prophylaxie, traitement de la bronchite confirmée, prophylaxie des complications broncho-pulmonaires. Voici ses grands principes : 1° nécessité du repos à la chambre, dans une atmosphère suffisamment chaude à 16 ou 18°, et convenablement ventilée par un chauffage à bon tirage (pas d'appareil à feu continu). 2° ne faire respirer aux bronchiteux que de l'air humidifié et aromatique, comme celui que l'on obtient en faisant évaporer d'une manière continue de l'eau eucalyptolée ou benzoïnée sur un feu doux. Assainir et désencombrer les fosses nasales par des lavages thymolés ou mentholés et des onctions intra-nasales de vaseline boriquée saturée, additionnée de benjoin ou de menthol.

3° Veiller à l'hygiène du lit et du vêtement. Eviter les nombreux tricots, gilets de laine, fichus, châles de laine, couvertures, édredons et autres engins de transpiration continue.

La peau doit être revêtue directement de flanelle plus ou moins fine : par dessus ce vêtement

de dessous, on met une chemise longue de coton ou de cretonne. C'est tout ce que le malade doit porter dans le lit.

Quand il s'assied, le buste entièrement hors des draps, on peut jeter sur les épaules un simple châle de laine aussi léger que possible ; mais, rien de plus. Quand au lit, il doit être recouvert, outre le drap, d'une couverture de laine bien chaude et d'un couvre pied ouaté piqué. Veillons à ce que les couvre-lits ne s'entassent pas les uns sur les autres, comme il arrive trop fréquemment et faisons pratiquer matin et soir une bonne friction sur tout le corps du malade avec de l'eau de Cologne ou du vinaigre aromatique étendu d'eau ou encore de l'alcoolat de lavande.

4° Les soins de toilette ne doivent jamais être suspendus : face, cou, yeux, nez, oreilles, bouche et dents doivent subir des ablutions tièdes ou chaudes avec addition d'un peu de borax, de thymol ou de formol en proportions prudemment dosées. Les mains et les bras ne sauraient être oubliés et ces soins constituent pour les malades un véritable besoin et une sérieuse garantie contre les complications.

5° L'alimentation sera toujours modérée et d'une digestibilité facile : bouillon, lait, jaunes d'œufs, purées de pommes de terre, farines alimentaires, pommes cuites, biscuits, confitures. raisins, jus d'oranges, vin sucré, grogs. Les boissons peuvent-elles être données froides ? Froides oui, mais non glacées, et quand elles sont froides, les boissons seront prises par petites gorgées ou avec un chalumeau.

La partie thérapeutique est extrêmement complexe si l'on veut énumérer tous les traitements conseillés et employés contre les bronchites ; mais on peut heureusement simplifier, en se bornant aux grandes lignes des indications.

Tout d'abord, il faut renoncer à juguler la bronchite qu'elle soit primitive et autonome, ou qu'elle soit un épisode de la grippe, de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la coqueluche ; c'est malheureusement une maladie à évolution régulière et méthodique. Pendant la première période, il importe de faciliter la liquéfaction des produits de sécrétion bronchique et de l'expectoration de ces sécrétions. Tant que les bronches sécrètent, tant que la période inflammatoire dure, tant que le thermomètre indique de la fièvre, il faut maintenir la médication expectorante ; ipéca, kermès, oxyde blanc d'antimoine, benzoate de soude. Une erreur fréquemment commise consiste à administrer prématurément, quelquefois même, dès le début, des balsamiques comme le tolu, la térébenthine, la terpine, le gaïacol, l'eucalyptus, le bourgeon de sapin. On commence presque toujours trop tôt cette médication : c'est un non sens thérapeutique, qui a pour effet de fermer une soupape fort nécessaire au bon fonctionnement de la respiration et au dégagement des produits de l'inflammation bronchique. La durée de la maladie en est, naturellement, augmentée et les efforts de la nature vers la guérison, considérablement entravés.

En même temps que les bronches secrètent en même temps que la période inflammatoire dure, un certain degré de congestion péribronchique et péri-lobulaire se développe progressivement, De là, résulte une notable dyspnée, une sensation de brûlure profonde et de courbature thoraco-diaphragmatique qu'accroît encore la toux.

La toux est tantôt quinteuse, tantôt sèche et continue ; particulièrement accentuée et tenace après les ingestions d'aliments et les boissons froides ; la toux est habituellement plus fréquente le matin au réveil et le soir quand l'atmosphère est un peu surchauffée et viciée par un grand nombre de visiteurs. Quand les quintes de toux sont plus nombreuses la nuit, il faut se méfier de la coqueluche qui existe, comme on le sait, aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

La confusion est plus fréquente qu'on ne le croit et c'est de cette façon que s'explique la durée exceptionnelle de certaines bronchites dont les phénomènes stéthoscopiques paraissaient fort minimes.

Enfin le 4e élément contre lequel il convient de lutter, c'est la fièvre qui, quoique modérée dans les bronchites simples, mérite une sérieuse attention. C'est le thermomètre qui, le plus souvent, et le plus sûrement, peut mettre le clinicien sur la piste d'une complication broncho-pulmonaire ; ne négligeons donc pas de le consulter, avant même d'ausculter.

Je dirai même plus : une apparence d'aggravation des phénomènes stéthoscopiques n'effrayera jamais le clinicien qui, le thermomètre en main, aura constaté un *statu quo* de la température.

Contre ces différentes manifestations de la bronchite, formulons donc de la manière suivante :

A). *Potion* :

Oxyde blanc d'antimoine....	3 gr.
Sirop de capillaire..........	60 —
Sirop de codéïne............	30 —
Eau de laurier cerise........	10 —
Eau de tilleul...............	50 —

3 ou 4 cuillerées à soupe par jour.

ou bien :

Kermès minéral............	0 gr. 15
Sirop diacode.............	50 —
Sirop de polygala..........	50 —
Eau de fleur d'oranger....	70 c. c.

3 cuillerées à soupe par jour ;

ou enfin :

Benzoate de soude..........	3 ou 4 gr.
Alcoolature de racine d'aconit	XL gouttes
Sirop de codéïne..........	30 gr.
Sirop de polygala...........	60 —
Eau de laurier-cerise.......	10 —
Eau distillée..............	70 —

3 cuillerées à soupe par jour.

Ces potions sont destinées à calmer la toux et à favoriser la liquéfaction des sécrétions bronchiques, la *coction* de la bronchite.

B) Contre les phénomènes congestifs, on administre largement les ventouses sèches 40, 50, 60 par jour tous les deux jours. Cela vaut mieux que tous les cataplasmes sinapisés. Ne médisons pas cependant de ceux-ci on peut en user utilement contre les bronchites légères et localisées.

Quand les phénomènes douloureux résistent aux ventouses, ne nous laissons pas influencer par le *veto* plus ou moins sincère de quelques professeurs intransigeants ; un vésicatoire volant, bien camphré et aseptiquement pansé, rend souvent un double service, surtout dans la classe pauvre ; 1° il agit par suggestion : 2° il exerce une réelle action décongestionnante et stimulante sur l'appareil respiratoire.

C. Enfin, contre la fièvre, on prescrira l'après-midi et le soir un cachet de :

Chlorhydro-sulfate de quinine 0,25 c.g.
ou 0, 30 c. g.

ou bien un cachet de

Cryogénine 0,20 à 0,25 centigrammes.

— Bien entendu, il faut veiller sur l'état du tube digestif et sur les évacuations, administrer au besoin une purgation ou deux (sulfate de soude, eau de Condal ou huile de ricin). Chez l'enfant, le plus précieux des remèdes, c'est l'ipécacuanha.

L'ipéca se donne en sirop, additionné de poudre, dont les doses varient suivant l'âge.

C'est un expectorant, c'est un évacuant et un décongestionnant.

On peut l'employer chez l'adulte à doses fractionnées sous forme de *poudre de Dower* 0,10 cent. à 1 gramme en 24 heures.

Les pastilles d'ipéca ou de kermès peuvent être utiles, dans le même ordre d'idées, à la dose de 6 par jour.

L'examen des urines doit être fait au début et au cours de la maladie afin de déceler les moindres traces d'albumine ou de sucre. Les tisanes sont utiles, pour faciliter et entretenir la diurèse.

Pendant tout le temps que l'auscultation signale l'existence de râles secs ou humides, il est indispensable d'interdire au malade de quitter la chambre et ce n'est que lors de la disparition de tout phénomène aigu que l'on essayera de suspendre la médication expectorante et émolliente.

Alors seulement, on commencera la médication balsamique et anti-catarrhale ; tolu, térébenthine, eucalyptus, bourgeons de sapin, terpine, sulfureux, gaïacol ou créosote.

Si la toux persiste, on continue à recourir aux opiacés et on leur associe la belladone.

Enfin, contre les douleurs thoraciques et la dyspnée, on administre l'éther, le laurier-cerise, le menthol et extérieurement on applique le gaïacol, la térébenthine et les pointes de feu.

Voici la formule de l'ordonnance à indiquer :

A) *Potion* :

Extrait thébaïque	0 gr. 10
Sirop de belladone	20 gr.
Sirop de tolu	50 gr.
Sirop d'éther	30 gr.
Eau de tilleul	70 c. c.

2 cuillerées à 3 cuillerées à soupe par jour.

ou bien :

Teinture d'eucalyptus	4 grammes
Sirop de bourgeons de sapin	40 —
Sirop diacode	40 —
Ether sulfurique	XX gouttes
Eau de fleur d'oranger	ââ 45 gr.
Sirop de tolu	

2 ou 3 cuillerées à soupe par jour.

B) Avant chaque repas ; prendre un ou deux cachets :

Terpine	ââ 0,25 cent.
Carbonate de gaïacol	

pour un cachet,

F. s. a. n° 40 cachets.

ou bien six à huit capsules de créosote ou de phosphotal chaque jour.

C. Faire des frictions thoraciques avec de l'huile térébenthinée ou des badigeonnages à l'huile gaïacolée (par parties égales) ou mieux quelques applications de pointes de feu (150 à 200).

— Comme médication de convalescence on peut conseiller une cure sulfureuse à Enghien, à Cauterets, à Luchon, à Eaux-Bonnes, à Ax, ou arsenicale à la Bourboule ou au Mont-Dore. A défaut de ces cures coûteuses, on peut recourir aux pastilles de soufre, à l'Eau-Bonne ou au sulfureux Pouillet.

D[r] Paul HUGUENIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Service de la Désinfection.

Projet d'organisation dans la Seine-Inférieure par la coopération intime du corps médical avec l'Administration.

On sait que la loi de 1902 sur l'hygiène publique n'a pas encore eu son plein effet en ce qui concerne l'organisation de la désinfection. Si dans les grandes villes ce service est assuré par des étuves ordinairement placées dans les hôpitaux et une équipe municipale de désinfecteurs, si dans un grand département comme le nôtre quelques étuves locomobiles ont été achetées pour se transporter dans les cas graves sur les points contaminés, il est loin d'en être de même dans toute la France, et même chez nous il subsiste des lacunes graves pour l'organisation régulière d'un service permanent et régulier. Aussi les médecins, déjà mal disposés en principe vis-à-vis de la déclaration des maladies contagieuses, invoquent-ils souvent, pour s'en abstenir, l'absence des sanctions pratiques qui devraient suivre cette déclaration pour la justifier.

Les Conseils généraux vont être saisis de projets d'organisation complète prévus par la loi et arrêtés par des circulaires ministérielles, et invités à voter les crédits nécessaires.

Le Conseil départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure a été récemment chargé par l'Administration d'élaborer ces projets en ce qui concerne notre département. Il vient de voter à l'unanimité les conclusions d'une Commission qui a minutieusement étudié cette question fort complexe et fort délicate, car il s'agit d'assurer une application complète de la loi et de ménager les finances publiques.

Cette commission avait confié le rapport à notre collègue, le D[r] Delabost ; nous ne saurions trop louer le zèle déployé par le rapporteur, dont le long et remarquable travail n'a pour ainsi dire laissé place à aucune objection sérieuse.

Notre intention n'est pas ici de le reproduire ; il sera certainement publié ailleurs il le mérite(1). Mais notre but est d'attirer l'attention de nos confrères sur la coopération intime que l'Administration se propose de demander au corps médical.

M. Delabost est parti de ce principe incontestable que, sans coopération, la loi est mort-née, du moins si l'on veut vraiment satisfaire aux intentions du législateur, qui sont de ne pas laisser une

(1) Le Concours médical serait reconnaissant à MM. Cerné et Delabost s'il en recevait, d'eux, un exemplaire.

fissure à la propagation d'une épidémie, d'étouffer ab ovo *les maladies transmissibles.*

Il nous faut bien dire que ce concours indispensable du corps médical, les rédacteurs des circulaires ministérielles paraissent l'avoir totalement méconnu ; ils ont été par suite entraînés à édicter une série de mesures inapplicables en fait, et qui, vu leurs caractères vexatoires, auraient soulevé les résistances du public contre une loi qu'on doit lui faire accepter comme bienfaisante, mais, par là même, sans violence et sans tracasseries inutiles. Cette imposition pacifique de la loi ne peut se faire, cela est tout aussi certain, que si, au lieu d'en imposer l'application par des fonctionnaires, toujours suspects, fussent-ils médecins, c'est au médecin traitant, qui a la confiance du malade et de son entourage, qu'est confiée la plus grande part dans l'indication des mesures à prendre et de leur opportunité, voire même, quand cela est possible, dans la surveillance de leur emploi.

Le corollaire logique de cet appel à nos bonnes volontés, c'est que nous serions considérés comme des coopérateurs et que cette coopération serait rétribuée. La rétribution sera modeste évidemment, mais elle existera et, somme toute, notre rôle ne consistera qu'en des indications aussi brèves que précises et des plus faciles à donner.

Voici en effet, dans ses grandes lignes, comment le Conseil a proposé la marche du service.

Des postes de désinfection seront établis au siège de chacune des treize cironscriptions sanitaires du département. Ils seront pourvus d'un matériel convenable pour assurer la désinfection par l'envoi d'agents convenablement stylés sur les points contaminés, ou pour opérer sur place la désinfection des objets qui leur seront envoyés ou apportés.

Le médecin qui constatera l'existence d'une maladie contagieuse enverra, comme actuellement, sa déclaration au maire et au sous-préfet, et à cette déclaration seront jointes quelques lignes indiquant s'il y a nécessité d'expédier à domicile des désinfectants, et lesquels, ou s'il y a quelque autre mesure à prendre (isolement, transport à l'hôpital par exemple).

A la fin de la maladie, soit par décès, soit par guérison, soit par départ du malade, ou quand le médecin le jugera opportun, celui-ci enverra une seconde lettre, détachée du même carnet à souche, dans laquelle il demandera la désinfection ou déclarera qu'elle sera opérée par un service privé ou sous sa surveillance personnelle.

On voit combien ce mécanisme sera simple en même temps qu'efficace. L'Administration n'interviendra que sur la demande du médecin traitant, ou n'enverra un délégué que si le médecin n'existe pas, ou ne croit pas devoir donner le concours qu'on sollicite de lui.

Cette simplicité de fonctionnement évitera, cela ne saurait être douteux, nombre d'erreurs inévitables autrement ; elle entraînera un minimum de déplacement des agents chargés du service et par là même une diminution certainement considérable des dépenses.

C'est cette diminution des dépenses qui nous donne, il faut bien le dire, la conviction que le Conseil général entrera dans les vues du Conseil d'hygiène et consentira la rétribution légitime des déclarations médicales. Un calcul très simple lui démontrera que cette rétribution sera plus que couverte par les économies réalisées.

Economie, certitude plus assurée d'application de la loi, simplification de cette application, en faut-il davantage pour justifier les dispositions qui lui seront soumises ?

L'Administration préfectorale a complètement adopté notre manière de voir. M. Fosse, préfet, qui a tenu à présider toutes les séances de la Commission, a parfaitement compris les avantages d'une telle combinaison. Il l'a fait sienne et la soutiendra. Nous sommes très heureux que sa conviction ait pu se former ainsi mieux qu'à la simple lecture d'un rapport, et nous sommes convaincus, répétons-le, que l'Administration et le corps médical, qui ont toutes raisons de s'allier pour le bien public, donneront en cette occasion la mesure de l'utilité de cette alliance.

A. C.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Une association d'enseignement libre.

Nous avons déjà annoncé que, sur l'initiative de M. Just Lucas-Championnière, un certain nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris viennent de jeter les bases d'une association destinée à donner à l'enseignement hospitalier une expansion et une publicité qui lui manquent.

Rappelons qu'il y a quelques années M. Variot avait déjà conçu un projet analogue.

En adressant au corps des hôpitaux les statuts de la nouvelle association, le comité d'organisation les accompagne d'un certain nombre de commentaires qui précisent le but de l'association :

« Nous avons pensé à faire un groupement qui ne veut pas avoir la prétention de former une école, son principe premier étant justement la liberté absolue pour tous ses membres de comprendre leur enseignement et de le limiter comme ils le veulent.

Nous constatons toutefois que dans l'enseignement hospitalier chacun de nous professe de préférence sur des sujets familiers et favoris qui constituent un grand nombre d'enseignements spéciaux, d'études originales et personnelles que le public médical de tout pays a le désir de connaître et de suivre.

Tandis qu'à l'étranger (Amérique, Allemagne, Angleterre, Autriche), le programme de ces enseignements spéciaux est publié avec beaucoup de soin, tandis que les cours de spécialités y sont organisés de façon à offrir aux médecins et aux étudiants des cycles connus, des organisations habituellement payantes et très recherchées, chez nous quelques rares affiches, sans programmes et sans indications précises, sont tellement insuffisantes, que les Français les connaissent peu et que les étrangers n'ont souvent aucune idée des facilités qu'ils trouveront pour suivre les professeurs éminents qu'ils sont réduits à connaître par leurs publications et dont ils souhaiteraient souvent de suivre l'enseignement particulier et surtout la pratique hospitalière. Cet enseignement individuel serait d'autant plus profitable pour eux que, grâce à nos concours, l'habitude de professer est

incomparablement plus générale chez nous qu'en aucun autre pays.

...Le principe sera la liberté absolue de l'enseignement et la liberté absolue de la forme de l'enseignement.

Suivant les prédilections de chacun, cet enseignement sera gratuit, comme c'est chez nous la coutume la plus commune, ou sera payant, ainsi que cela existe presque toujours à l'étranger.

... Comme cette association n'a pas la personnalité ni les devoirs d'une école, nous avons prévu le cas dans lequel le succès de l'association et la diffusion de la science pourraient bénéficier de la parole de personnes qui ne seraient pas membres de la société.

Cet appel à des savants étrangers à l'institution, ou même étrangers au pays, rendrait à l'occasion des services que l'on ne peut demander à des institutions plus homogènes et régulièrement constituées.

Nous insistons en terminant sur ce point pour bien affirmer qu'il ne s'agit, pour aucun de nous, de la pensée de faire une concurrence quelconque à l'enseignement officiel, tel qu'il est nécessaire dans une Faculté en vue des examens et de la collation de grades ou de diplômes, mais de grouper les ressources éparses d'un enseignement complémentaire, ressources telles que peut-être aucune ville au monde n'en peut offrir comme Paris, sans que jusqu'ici on ait rien fait pour les faire connaître ni pour les développer. »

Ces statuts ont été rédigés par une commission composée de MM. Babinski, Béclère, Boissard, Hirtz, Richardière, Rist, Variot, Villemin, Lucas-Championnière.

Rappelons que le bureau de 1907 est ainsi constitué : Président, M. Lucas-Championnière ; vice-présidents, MM. Babinski et Variot ; secrétaire général, M. Souques ; secrétaire adjoint, M. Labey ; trésorier, M. Sergent.

Peut-être est-il permis de regretter que, dans la constitution de l'association, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux *agrégés* aient été tenus à l'écart.

Nous n'ignorons pas que les promoteurs de l'association, en évitant de convier les agrégés, ont eu l'intention de leur épargner une sorte de manifestation qui aurait pu être gênante pour quelques-uns d'entre eux. L'impression première s'effacera certainement lorsque des explications nettes se seront fait jour.

Il n'en est pas moins vrai que cette orientation initiale crée, à l'origine de l'association, une scission toute d'apparence sans doute, mais qui n'en produit pas moins un certain sentiment de défiance susceptible de paralyser les bonnes volontés.

(*Gazette des hôpitaux*).

La fin de l'enseignement clinique officiel en France.

Le *Journal officiel* du 5 mars 1907 consacre 24 colonnes dont 15 en petit texte, à la réforme de l'agrégation, au recrutement du personnel enseignant des écoles préparatoires et des écoles de plein exercice, au programme du P. C. N., et à la nomination de la commission de réorganisation des études médicales.

La lecture attentive des décrets modifiant le recrutement professoral m'a laissé cette impression très nette que c'en serait désormais fini de l'enseignement officiel de la médecine clinique en France, et cela pour deux raisons. D'abord, parce que les candidats ne feront plus d'études cliniques pour leurs concours ; ensuite, parce que, nommés agrégés, il ne leur sera plus possible de voir de malades.

Je m'explique.

Pour être nommé chef de clinique dans une Faculté, pour obtenir une chaire ou une suppléance de clinique et de pathologie interne dans une école préparatoire et dans une école de plein exercice, il suffira d'être pourvu du certificat d'admissibilité à l'agrégation des Facultés de médecine. Les épreuves de ce certificat comprennent :

1e Une composition écrite d'anatomie, d'histologie et de physiologie ;

2o Un exposé oral de trois quarts d'heure au maximum sur une question de *pathologie générale* ;

3o Une épreuve pratique d'anatomie pathologique, y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

Trois heures sont accordées à chaque candidat pour préparer « en salle fermée, sans notes et sans ouvrages imprimés ou manuscrits » l'exposé oral de pathologie générale. Il doit y avoir « autant de fois trois sujets que de candidats ». Ce concours, unique pour toute la France et pour toutes les branches de l'activité médicale, réunira chaque année un très grand nombre de candidats, 100, 150 peut-être. Comment fera le jury pour mettre « sous enveloppes fermées » 300, 400, 450 sujets de pathologie générale ? A quelles extraordinaires questions ne devra-t-il pas avoir recours ? Aussi les candidats sérieux vont-ils dès maintenant se mettre sans relâche à l'œuvre. La parasitologie, la bactériologie, les phénomènes intimes de la nutrition, la physique, la chimie, la biologie physico-chimique, les ions, les colloïdes, etc., n'auront plus de secrets pour eux. Deux, trois quatre ans ne seront pas de trop pour cette préparation. Nos meilleurs élèves, les internes des hôpitaux, passeront tout leur temps disponible dans les laboratoires, dans les bibliothèques, au grand détriment de l'hôpital. Les symptômes des maladies, la séméiologie clinique, n'étant pas exigibles à l'examen, seront délaissés pour la pathologie générale.

Le candidat déclaré admissible à l'agrégation, désireux de conquérir le titre d'agrégé, devra s'inscrire, pour le concours d'admission, à l'une des 21 sections de médecine, où l'on a d'ailleurs omis la pathologie infantile. *Deux* sections seulement sur 21, la section de chirurgie *générale* et celle de pathologie *générale* et de médecine interne ouvriront leurs portes aux futurs professeurs de médecine et de chirurgie « tout court ». Et encore, a-t-on pris soin d'ajouter la pathologie générale à la médecine. Quant à la chirurgie, elle n'existe pas ; on ne trouve qu'une section de chirurgie *générale*. Jamais on n'aurait pu croire que la chirurgie et la médecine tenaient si peu de place dans l'ensemble des sciences médicales !

Mais tout ceci n'est rien, si l'on réfléchit à la situation de l'agrégé de médecine et de chirurgie, après sa nomination. L'article 22 de l'arrêté ministériel réglant cette situation, est ainsi libellé :

« Les agrégés sont nommés d'après une liste dressée par le jury, par orde de mérite.

« Suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la Faculté à laquelle ils désirent être attachés.

« Si, dans l'intervalle de deux concours, une place d'agrégé de leur spécialité devient vacante dans une autre Faculté, ils peuvent y être transférés sur leur demande. »

Un candidat à l'agrégation, déjà médecin des hôpitaux de Paris, demeurant à Paris, est obligé par son rang de nomination de se rendre à la Faculté de X... Après avoir donné sa démission de médecin des hôpitaux de Paris, il arrive à X. Là, il ne peut examiner de malades à l'hôpital, car les places de médecins des hôpitaux sont toutes occupées ; il ne peut guère soigner de malades en ville, car la clientèle est entre les mains des anciens confrères de la localité, et il faut de 8 à 10 ans pour créer actuellement une situation médicale. Voilà un agrégé qui doit enseigner la médecine, qui ne voit pas, qui ne peut pas voir de malades. Si une place est vacante à Paris, l'agrégé de X..., la demandera et pourra l'obtenir. A Paris, la même situation se répètera. Elle serait la même pour un chirurgien, qui ne pourra jamais faire d'opérations, et pour un agrégé de province nommé directement à Paris. Les médecins et chirurgiens des différentes Facultés, nommés à l'agrégation, pourraient fort bien n'accepter leur titre d'agrégé que s'ils sont désignés pour la Faculté où ils exercent leurs fonctions hospitalières. Que deviendra, dès lors, le recrutement des agrégés s'il y a presque incompatibilité entre la situation instable de l'agrégé et la situation fixe du médecin et du chirurgien des hopitaux ? Les agrégés, parmi lesquels on choisira plus tard les futurs professeurs, auront toutes les chances de n'avoir aucune notion de médecine et de chirurgie cliniques. Ils enseigneront tout, sauf la médecine pratique.

En unifiant la situation des agrégés de médecine et celle des agrégés de droit, des sciences et des lettres, en instituant la dictature de la patholorie générale, les décrets du 5 mars ont sonné le glas des études cliniques officielles en France. Ils n'auront qu'un seul résultat : anéantir l'enseignement clinique des Facultés et le transmettre aux corps médicaux des hôpitaux, qui en tireront tout le profit. — Dr Louis RÉNON.

ÉTUDES ET PROJETS

Le repos hebdomadaire des médecins.

Après une agitation prolongée, des manifestations, des grèves même, le monde des travailleurs a obtenu — et ce n'est que justice — le droit légal au repos hebdomadaire. La loi gênait bien les habitudes prises, mais assez rapidement le public s'est fait à la nouvelle organisation et a accepté les légers désagréments qui résultaient de la fermeture, le dimanche, de magasins qui paraissaient ne pouvoir jamais interrompre leur vente sans troubler la bonne marche de la vie publique. Actuellement, le principe du repos hebdomadaire est acquis, indiscutable et son application se fait chez tous les ouvriers et dans toutes les professions libérales. Les pharmaciens se sont organisés : ici c'est un pharmacien qui ouvre son officine à son tour dans chaque quartier, un dimanche aprèsmidi sur sept à huit ; là, c'est tous les pharmaciens qui ferment à midi et qui ont installé une « pharmacie du dimanche » n'ouvrant que ce jour-là et gérée par leur syndicat ; les ingénieurs, les avocats, les professeurs, les fonctionnaires, les architectes, etc., ont leur repos hebdomadaire par le fait même que leurs usines, leurs tribunaux, leurs classes, leurs bureaux, leurs chantiers, sont fermés le dimanche. Bref, tout le monde jouit du repos hebdomadaire.... sauf les médecins. Pourquoi ? Peut-on y remédier ? C'est ce que je me propose d'examiner.

Le médecin n'a-t-il donc pas droit au repos, ne peine-t-il pas autant que les autres ? Ce n'est assurément pas la raison de cette lacune, car au travail intellectuel constant, à l'effort cérébral continu, il ajoute le travail physique : étages à monter, routes ou rues à arpenter, etc.; son travail de jour se complique des visites de nuit ; et le soir, à l'heure où chacun jouit d'un repos bien gagné, c'est la sonnerie qui retentit sous les appels de fâcheux qui viennent donner des nouvelles d'un malade vu le matin ou la veille, ou demander quelques explications, ou signaler quelque chose de nouveau, ou vous prier de venir le lendemain.... quand ce n'est pas le soir même. Du matin au soir et du soir au matin le praticien est sur la brèche, son effort intellectuel et physique est permanent, son repos journalier rare : nul plus que lui n'a droit au repos du dimanche.

Nul plus que lui ne devrait prendre ce repos afin d'éviter les effets du surmenage qui lui enlève une partie de son énergie et de ses facultés et dont le public est le premier à pâtir : visites plus hâtives, diagnostics moins sûrs, prescriptions moins correctes, erreurs fréquentes.

Pourquoi dès lors ne le prend-il pas ? Pourquoi monte-il des étages, voit-il des malades le dimanche comme la semaine ? Pour plusieurs raisons : d'abord, par tradition et pour ne pas déranger les habitudes de ses concitoyens ; ensuite, parce que le médecin craint que, s'il ne se dérange pas le dimanche pour tel malade, il risque de mécontenter celui-ci et de le voir s'adresser au confrère voisin moins soucieux de ne pas se surmener ; enfin, et c'est assurément la principale raison, parce que la maladie ne chôme pas le dimanche, que le médecin se doit à ses malades et qu'il est des cas où sa présence est indispensable de suite, quel que soit le jour et quelle que soit l'heure.

Conclusion : *Le médecin a droit au repos hebdomadaire mais il ne le prend pas parce qu'il se doit avant tout à ses malades.*

Nous acceptons ces termes du problème ; mais n'y a-t-il pas de solution qui satisfasse, du moins pour une grande partie les deux parties intéressées ? Il est indiscutable que l'intérêt du malade doit passer le premier et implicitement nous avons admis ce principe, en soulevant ce débat, car le médecin peu soucieux de l'intérêt de ses malades ne s'embarrasse guère de discussions oiseuses et prend son repos ou ses vacances, sans en faire un cas de conscience, lorsqu'il le juge agréable. Donc le principe en question est admis, mais comporte-t-il l'annihilation de toute liberté? Non, n'est-ce pas? Si, au moment où vous déjeunez, on vient vous chercher en toute hâte pour un malade qui s'est fait une entorse il y a quatre ou cinq jours, vous ne quitterez pas votre table : l'entorse a attendu quelques jours elle attendra bien quelques heures de plus.

Or c'est précisément l'image de ce qui se passe le dimanche. J'ai noté pendant dix dimanches ou jours fériés les visites faites *après midi* : sur trente-trois malades vus, huit avaient absolument besoin de secours pour un accouchement, une crise d'urémie, une hémoptysie, une entorse grave du poignet, une crise

de coliques hépatiques, une broncho-pneumonie, une angine à fausses membranes, une crise d'angine de poitrine. Mais vingt-cinq, soit 75 % des cas, étaient malades depuis plusieurs jours; ils auraient pu être vus la veille ou le dimanche matin et parfois ils auraient pu attendre le lendemain sans que leur maladie en ait été influencée : ils avaient voulu attendre le dimanche parce qu'ils n'étaient bien libres que ce jour-là ou parce qu'ils voulaient que toute la famille soit présente, ou encore parce que ce jour-là le médecin est moins pressé et qu'il peut rester plus longtemps auprès du malade (!) ; le plus grand nombre étaient venus le dimanche comme ils seraient venus un autre jour sans penser me déranger. L'idée ne leur était pas venue que le médecin,comme tout le monde, a besoin de repos ; qu'il peut aimer, l'hiver, rester quelques heures au coin de son feu ou avec des amis, sans que la maudite sonnerie vienne trois à quatre fois l'arracher à sa tranquillité ; ou l'été,passer son dimanche à la campagne, sans être troublé par l'idée des malades qu'il lui faudra aller voir en rentrant. Ces 75 % négligents, parmi lesquels étaient sûrement une bonne moitié de gens profitant de la loi nouvelle, n'avaient pas une minute pensé que ce qu'ils avaient réclamé à grands cris pour eux et admis par toutes les corporations pouvait s'appliquer à nous.

Eh bien! supprimons d'abord ces 75 % qui ne peuvent pas se réclamer de l'urgence du cas et nous aurons fait beaucoup pour le repos du médecin ; nous verrons ensuite à nous organiser en vue de satisfaire les 25 % qui nécessitent impérieusement le secours d'un praticien.

Un médecin agissant isolément ne pourra rien contre ces négligents : il mécontentera sa clientèle, il sera mécontent de lui-même et en peu de temps il reviendra à ses anciens errements. Il est donc de toute nécessité, si ce repos que je préconise est reconnu juste et désirable, que les organisations médicales de toute la France se mettent à la tête du mouvement sous une direction autorisée qu'on ne saurait mieux trouver qu'au « Concours médical » qui a mené à bien tant d'autres revendications.

Envers ces 75 % qui, au fond, pêchent plus par ignorance et négligence que par mauvais vouloir et qui, pour le plus grand nombre, ne se feront pas trop prier pour changer leur manière de faire — il faut tout d'abord essayer la méthode de douceur, quitte à employer la méthode de force si la première échoue. La méthode de douceur consistera dans l'entente préalable, les explications, la persuasion : on montrera au public, par l'intermédiaire de la presse, que le corps médical a droit et a besoin du repos physique et intellectuel accepté pour tous les travailleurs et je ne doute pas que nos confrères qui signent des chroniques médicales dans les grands quotidiens ne se fassent un plaisir, pour peu qu'on les en prie, d'entretenir leurs lecteurs de cette juste revendication. En province, cette campagne de presse serait renforcée au besoin par quelques communiqués des syndicats médicaux aux journaux locaux les plus lus, insistant sur le principe du repos et aussi sur la façon dont il serait appliqué.

Dans la pratique, il faut, je crois, faire la part du feu et se contenter d'un demi-repos hebdomadaire, c'est-à-dire à partir de midi les dimanches et jours fériés. Ce temps serait suffisant pour nous et il permettrait aux retardataires, à ceux qui ne sont libres que le dimanche de faire appeler leur docteur le dimanche matin. Les 75 % de tout à l'heure ne seraient donc pas abandonnés, et, longtemps prévenus par toutes les voix de la grande presse et de la presse locale, ils ne pourraient s'en prendre qu'à eux-mêmes des conséquences de leur négligence. Les syndicats médicaux devraient, à cet effet, pendant un an environ, faire paraître tous les samedis et veilles de fête, dans les principaux journaux, des communiqués rappelant que le lendemain les médecins ne seront à la disposition des malades que jusqu'à midi.

Mais comme, malgré les avertissements de tous ordres, il y aura toujours des gens qui seront convaincus que la réglementation n'est pas faite pour eux ni pour leur médecin, il est nécessaire d'établir une sanction, c'est la méthode de force. Je propose celle-ci: *toute visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié après midi sera comptée au prix d'une visite de nuit.* N'est-il pas juste, d'une part, que ces visites prises sur les heures de repos et qui occasionnent un dérangement et une contrariété réels soient tarifées plus cher que les autres visites ; ne faut-il pas, d'autre part, que les malades qui seraient tentés d'enfreindre la règle, aient un intérêt personnel à ne pas le faire sans raison sérieuse ?

Tous les beaux raisonnements ne vaudront pas, pour sauvegarder notre repos passager, cette sanction, nœud de ma proposition, et en quelques mois les 75 % auront disparu : ils auront pris l'habitude de ne pas attendre le dimanche, de même que le public a rapidement pris l'habitude de se munir dès le samedi de ce dont il pense avoir besoin le lendemain pour son alimentation ou son entretien général.

Restent les cas urgents : 25 % environ des malades ordinaires du dimanche après-midi, d'après ma statistique. Pour ceux-là point de discussion, le corps médical se doit à eux quelle que soit l'heure, quel que soit le jour, et s'il organise le repos hebdomadaire de ses membres il doit le faire en tenant compte de ces cas. Il n'est pas à craindre, dans les villes surtout, que les malades restent sans secours, car tous les médecins ne prendront pas leur repos *extra muros*, même en été ; mais il est bon cependant d'organiser parmi les médecins, par roulement, un service de garde par quartiers (à Paris et dans les très grands centres) ou ailleurs pour toute la ville. Le nom du ou des médecins de garde serait porté à la connaissance du public dans une note insérée le samedi et le dimanche dans la presse locale ; ou si cette publicité déplaît, les noms seraient donnés au commissariat de police comme celui des pharmacies de garde. Le principe de l'augmentation des honoraires serait dans tous les cas observé.

Je résume : Le praticien a droit au repos hebdomadaire et doit le prendre. S'il ne le prend pas complètement c'est que, par négligence, insouciance, oubli, nombre de malades qui auraient pu faire appeler leur médecin le samedi ou le dimanche matin, attendent le dimanche après-midi. Pour remédier à cette fâcheuse habitude très fréquente, il est de toute nécessité —par une campagne de presse bien ordonnée, par des communiqués locaux signés du syndicat médical — de faire l'éducation du public et l'engager à faire appeler le médecin le dimanche matin au plus tard, dans les cas où la maladie date d'un ou plusieurs jours. En vue des cas d'urgence il serait bon d'organiser un service de garde par roulement, l'été surtout, et de communiquer tous les samedis aux principaux journaux un entrefilet conçu dans ces termes ou à peu près :

« Le syndicat des médecins de X. rappelle au public que, en vue de l'application du droit au repos hebdomadaire, les médecins de X. ne feront aucune visite médicale demain dimanche après-midi ; il prie les malades qui désirent faire appeler demain un mé-

decin de prévenir celui-ci dans la matinée. En cas d'urgence, s'adresser au (ou aux) commissariats de police ou aux pharmaciens de garde qui ont le nom du (ou des) médecins de garde. *Toute visite demandée et faite le dimanche et jours fériés après-midi sera tarifée au prix d'une visite de nuit soit.... francs* » signé : Le syndicat des médecins de X.

Je ne sais ce que vaut ma proposition et je demande, avant de la présenter au Syndicat des médecins de Saint-Etienne, l'opinion du *Concours médical* et de ses lecteurs s'ils veulent bien me faire l'honneur et le plaisir de me la donner, et si le *Concours* pense qu'elle vaille la peine de leur être soumise.

Dr RAVON.
(St Etienne)

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La lettre ministérielle relative au tarif accident

Grosse émotion chez nos lecteurs à la suite de la lettre de M. le Directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales. Ils ne comprennent pas qu'ayant fait la preuve demandée par l'article 1er du tarif, et cela de la façon la plus régulière, la grande majorité des communes ne soit pas portée au chiffre de 2 fr. tandis que quelques privilégiées le sont. « Que signifient, nous disent-ils, dans ces conditions, , le *vu* n° 4 de l'arrêté « ministériel, conçu dans les termes suivants :

Vu les avis de la Commission instituée par arrêté du 20 *mai* 1905, *et spécialement celui par lequel, à l'unanimité, elle estime que, dans l'esprit qui a dicté les dispositions transitoires susénoncées, il serait désirable d'élever à* 2 *francs le prix de la visite dans les localités de moins de* 5.000 *habitants visées au paragraphe* 1° *du troisième alinéa de l'article* 1er POUR LESQUELLES IL A ÉTÉ RECONNU QUE LE PRIX COURANT DE LA VISITE ÉTAIT SUPÉRIEUR A 1 FR. 50 ANTÉRIEUREMENT A 1901 ;

« Et de quelle nature était le travail préliminaire des Bureaux qui aboutit à ne soumettre à la Commission qu'une partie des demandes de relèvement formulées ? »

On comprendra qu'après ce que nous avons écrit jadis, à tant de reprises et en parfaite bonne foi sur la façon dont la Commission avait travaillé et rédigé ses décisions, nous soyons tout aussi incapables que nos questionneurs d'éclairir ces deux points.

Nous admettons bien que nous ayons pu mal saisir, mais nous n'apercevons pas ce qu'il fallait comprendre.

Aussi espérons-nous que la révision d'octobre 1907 fournira l'occasion d'en finir avec tous ces imbroglios chinois et de revenir à une simplification qui prête moins aux répugnantes chicanes.

H. J.

En vue de la loi accidents agricoles

Murat, 18 mars 1907.

Mon cher Directeur,

Vous me permettrez de vous signaler un article que je viens de lire dans le *Bulletin de l'Union centrale des Syndicats des Agriculteurs de France* (1er mars 1907) au sujet de l'extension de la loi sur les accidents du travail aux ouvriers agricoles.

M. G. Rousselle, secrétaire adjoint de la *Société des Agriculteurs* demeurant château de Boischicot par Pontorson (Manche) publie un article vraiment suggestif sur les intentions de Messieurs les membres de la Société des Agriculteurs de France à l'égard du corps médical. Il est de toute nécessité que si, par hasard, les démarches de la Société des Agriculteurs avaient échappé à votre vigilance, vous soyez renseigné et les membres du Concours médical aussi sur la nouvelle attaque qui est dirigée contre les médecins de campagne.

En effet, voici le vœu présenté à la Commission parlementaire d'assurance et de prévoyance sociales par la Société des Agriculteurs :

« Le Conseil de la Société des Agriculteurs de France, après avoir pris connaissance du projet de loi du 5 novembre 1906 ayant pour objet d'étendre aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail.

« Emet le vœu : 1er . . . . (je passe les premiers paragraphes et j'arrive au 6e)

« 6° *Que la loi règle de la façon la plus précise les conditions du concours obligatoire des médecins et fixe leurs honoraires et le prix des fournitures pharmaceutiques à un* taux réduit *que justifient d'une part, la situation intéressante de la plupart des assujettis et d'autre part la garantie donnée au corps médical pour le recouvrement de leurs honoraires.* »

Vraiment, en lisant ces lignes sous la plume de M. le Secrétaire adjoint du Syndicat des agriculteurs, on croit rêver et si vous voulez être fixé sur le ~~*concours obligatoire*~~ du ~~médecin~~, sur la *façon précise* de fixer le *taux réduit* de leurs honoraires, il suffit de se reporter au commentaire qu'en donne M. *Rousselle* et qui doit être reproduit.

« Par le paragraphe 6 du vœu, le Conseil a appelé l'attention de la Commission parlementaire sur une question qui, pour avoir été laissée de côté par le projet, n'en est pas moins *capitale* : celle du *service médical.*

« L'art. 11 de la loi de 1898 prescrit que la déclaration de tout accident du travail *doit être faite* au maire de la commune dans les quarante-huit heures de l'accident et qu'elle doit être accompagnée d'un certificat de médecin. Cette clause implique que, dans les quarante-huit heures de l'accident, un médecin a été appelé, qu'il a visité la victime et qu'il a établi un rapport sur l'état de la dite victime.

« Comment la loi peut-elle rendre *obligatoire ce concours du médecin* ? (M. Rousselle est vraiment bien bon de se le demander ! ! !). La question est complexe et délicate, cependant — savourez le morceau ! — *Il semble que la loi pourrait imposer cette charge aux membres du corps médical qui, d'autre part, sont titulaires de certaines fonctions officielles et bénéficient des privilèges qui y sont attachés.* Et avec infiniment d'à-propos, l'auteur de l'article ajoute :

« En outre *du concours obligatoire* des médecins, il est nécessaire que la loi fixe le *taux des honoraires* et les frais pharmaceutiques ; c'est la garantie indispensable *contre les abus possibles*, — ni le corps médical, ni les pharmaciens ne *sauraient s'en plaindre* — ils auraient bien mauvais caractère — ils reçoivent en retour une sécurité absolue pour le recouvrement de leurs honoraires et mémoires

Et dire que la commission parlementaire a écouté avec le plus grand intérêt les développements ci-dessus et s'est montrée disposée à tenir compte dans une large mesure des observations présentées par la Société des Agriculteurs. Faut-il le croire. M. G. Rousselle le dit !!!

Il ne suffisait pas à Messieurs les Agriculteurs de France que le ministre du commerce ait promulgué, le 30 septembre 1905 un tarif de frais médicaux dans les accidents du travail jugé notoirement insuffisant, il faut à ces Messieurs quelque chose de plus; il leur faut *la gratuité* absolue, où *l'obligation gratuite* pour le médecin de *constater les accidents du travail* agricole, *de visiter les victimes* et de *délivrer des certificats.* Après de telles prétentions, on se demande *si le Syndicat* des agriculteurs de France n'a pas songé à créer dans chaque commune un fourneau économique où on délivrera tous les matins sa pitance au malheureux médecin de campagne obligé à instrumenter *gratuitement* pour le plus grand honneur des châtelainsde la *Société des agriculteurs* ! ! !

Je m'en voudrais de discuter sérieusement les élucubrations, — je ne vois comment qualifier de pareilles assertions — de la Société des agriculteurs de France, mais je pense et je veux croire qu'il y a pas un seul médecin en France qui ne protestera avec la dernière énergie contre cette obligation aussi gratuite qu'indécente de donner des soins aux accidentés du travail agricole. Quel est le médecin — même titulaire de certaines fonctions officielles déjà si mal rémunérées — c'est ce que M. Rousselle appelle un privilège — qui pourrait consentir à pareille obligation ? et vraiment il serait puéril de relever cette assertion singulière de la *sécurité du recouvrement* des honoraires sur les Compagnies d'assurance, lorsqu'il ne se passe pas de jour que les tribunaux n'aient à intervenir.

Je pense, mon cher Directeur, que vous jugerez qu'il y a lieu de signaler à tout le corps médical le danger qui le menace, si les prétentions de la Société des agriculteurs avaient quelque chance d'être accueillies et si tel est votre avis, vous voudrez bien accorder à ma lettre la publicité du *Concours médical.*

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Docteur Gabriel PESCHAUD
(Murat, Cantal).

P.-S., — Que deviendrait la *libre choix du médecin* avec le système de la Société des agriculteurs, *gratuité et obligation des soins par les médecins officiels*? C'est une question que le *Congrès des Praticiens* pourrait peut-être, examiner ; j'y serai, je pense, et je poserai l'interrogation.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des Médecins de Valence et de la région.

Valence, le 26 mars 1907.

Monsieur le Directeur,

Nous vous envoyons ci-inclus une délibération du Syndicat des Médecins de Valence et de la région concernant la conduite de certains médecins et chirurgiens lyonnais à l'égard des médedecins valentinois. Ce qui nous arrive à dû se produire pour d'autres confrères isolés dans d'autres régions tributaires de cette Faculté, où vous avez des abonnés que cette question peut intéresser. Il est bon de se défendre contre les ennemis de l'extérieur, mais il est nécessaire de connaître ceux que l'on compte dans la profession.

Au moment où va s'ouvrir le congrès des Praticiens, notre syndicat considère comme un devoir de signaler cette absence de solidarité chez ceux qui devraient plus que tous les autres avoir à cœur de la pratiquer. Aux confrères menacés à en tirer les conclusions pratiques pour la sauvegarde de leurs intérêts.

Veuillez, très honoré confrère, agréer l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le secrétaire,
Dr REGAD.

Décision de l'assemblée du 21 *Mars* 1907 (*N°5*)

Le Syndicat des Médecins de Valence et de la région a reçu de ses membres, à plusieurs reprises, des réclamations concernant l'attitude des médecins et chirurgiens lyonnais à leur égard. Ces derniers et leur personnel émettent devant leur entourage et surtout devant les malades qui leur sont adressés ou qui se soumettent en cachette à leur examen, des jugements peu sympathiques, peu mérités et parfois peu corrects et des opinions de nature à porter gravement préjudice à la réputation et à l'honorabilité professionnelle des médecins traitants.

Le Syndicat *considérant* que ces procédés sont peu courtois, étant donnée : 1° l'impossibilité où se trouve l'intéressé de défendre son opinion ou la légitimité du traitement qu'il a institué ; 2° l'ignorance absolue du consultant à l'égard de la marche de l'affection, des péripéties du traitement antérieur et des éventualités qui se sont présentées, ainsi que de la précision avec laquelle les prescriptions ont été suivies ; étant donné enfin, que la sincérité d'un malade, toujours enclin à mettre en contradiction les médecins, doit être à bon droit suspectée ;

Considérant que c'est tromper la confiance d'un confrère que de répondre à son bon procédé par un acte aussi déloyal ;

Considérant que les consultants, en majorité professeurs ou agrégés de la Faculté, jouissent d'une réputation scientifique et d'une autorité qui donnent une portée plus grande à leurs jugements et qu'ils doivent par cela même apporter une plus grande circonspection et une plus grande correction que tout autre praticien ; attendu que, par surcroît, ils ont, par leurs fonctions, obligation de chercher en toute occasion à inculquer aux étudiants qu'ils instruisent le respect des règles de la déontologie ;

Le Syndicat décide :

1° Que tout fait de ce genre devra dorénavant lui être communiqué immédiatement avec toutes les preuves possibles à l'appui ;

2° Que tout professeur ou autre consultant, mettant en pratique de semblables procédés, devra être

signalé aux membres du Syndicat des Médecins de Valence ainsi qu'aux autres Syndicats régionaux. Les premiers devront cesser toute relation médicale avec les dits consultants et s'abstenir d'envoyer des malades *soit à leur consultation privée*, soit dans leurs services hospitaliers.

3° Que la présente délibération sera transmise tout d'abord à l'Union des Syndicats Médicaux du Sud-Est, qui s'est engagée à prendre la défense des intérêts du Syndicat, en l'espèce si gravement compromis (dans le cas où ces intérêts sembleraient méconnus, le Syndicat se réserve de prendre toute mesure conseillée par le souci de sauvegarder la dignité de ses membres).

4° Que la dite délibération sera communiquée, pour publication, à la presse s'occupant de défense professionnelle.

Le Bureau du Syndicat.

Syndicat médical du Var.

Mon cher Confrère,

Il ne nous a pas été possible de réunir en ce moment le Syndicat Médical du Var en assemblée générale pour nous y occuper du prochain Congrès des Praticiens. Mais cette question avait été sommairement étudiée à notre réunion d'octobre dernier et tous nos confrères avaient été unanimes à reconnaître l'utilité de cette manifestation qui n'était alors qu'à l'état de projet.

Comme il était urgent de prendre des décisions fermes au sujet de ce Congrès, le Dr Balp, président des médecins de France (Société unie du Var) et moi nous avons convoqué les bureaux des deux groupements. La réunion a eu lieu à Draguignan le 12 mars et il y a été décidé que les deux assotiations seraient représentées au Congrès.

Les Dr Balp et Coulomb ont accepté d'être nos délégués.

Une subvention de 50 fr. a été votée pour l'organisation du Congrès et une indemnité pour les délégués.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mes sentiments bien dévoués.

Dr BRUN-BOURGUET.

Syndicat des Médecins de la Loire-Inférieure.

(Séance du 20 décembre 1906).

Présidence de M. OLLIVE, président.

La séance est ouverte à 4 heures et demie.

Etaient présents : MM. Aubry, Bonhommet, Barthélemy, Bourdin, Bonin, Cailleteau, Hugé, Hervouet, Gautret, Grolleau, Grimaud, Grognot, Horeau, Guilbaud, Guihal, Léquyer, Mouillé, Polo, Redureau, Plantard, Saquet, Séb lleau.

1° L'ordre du jour appelle le vote pour l'élection de M. le Dr Joüon, qui demande à faire partie du Syndicat. M. le docteur Joüon est élu membre du Syndicat.

2° Le Syndicat des Sténographes ayant écrit au Syndicat des Médecins pour lui demander le prix de la visite à domicile et de la consultation, et le prier de vouloir bien établir par quartier une liste des médecins, auxquels les membres du Syndicat des Sténographes pourraient s'adresser en cas de besoin, M. le Dr Ollive est chargé de répondre que le prix de la visite sera de 2 francs, le prix de la consultation de 1 fr. 50, que les membres du Syndicat des Sténographes pourront à leur gré choisir tous les médecins qui accepteront de faire les visites et les consultations aux prix plus haut fixés.

3° M. le Dr DOUSSAIN, dans une lettre adressée au Président du Syndicat, demandait au Syndicat s'il ne trouvait pas équitable que le médecin, appelé par un confrère pour soigner un membre de sa famille, soit rétribué. En ce cas, il priait le Syndicat de fixer les honoraires du confrère demandé.

Le Syndicat ne croit pas qu'il soit nécessaire de suivre M. le Dr Doussain sur ce terrain et laisse à l'appréciation personnelle de chacun la conduite à tenir.

4° M. le Dr PROVOST, dans une lettre adressée au Président du Syndicat, relativement aux renseignements médicaux, demandait : 1° qu'il soit établi par le Syndicat une liste de remplaçants, que tout médecin pourrait consulter en cas de besoin ; 2° que tout remplaçant soit muni préalablement de l'autorisation préfectorale d'exercer la médecine ; 3° que le remplaçant s'engage sur l'honneur à ne pas s'établir dans l'endroit où exerce le médecin qu'il aura remplacé ; 4° que le prix de la journée de remplacement soit abaissé de 15 à 10 francs.

Le Syndicat ne voit que des avantages à ce qu'il soit établi une liste de remplaçants ; que l'autorisation préfectorale soit exigée pour tout étudiant se proposant comme remplaçant ; enfin la majorité des membres présents est d'avis que le tarif soit abaissé à 10 francs, sauf dans le cas où la clientèle du médecin remplacé est trop normbreuse.

5° En réponse à la lettre de M. le Dr Bernou, qui se plaint de la réduction excessive du tarif de la visite aux membres des Sociétés de Secours Mutuels de la ville de Châteaubriant le Syndicat est d'avis que le médecin de Châteaubriant s'entendent entre eux et portent le prix de la visite à 2 francs, le prix de la consultation à 1 fr. 50.

6° Le Syndicat se prononce à l'unanimité pour le retrait du décret établissant le certificat d'études médicales supérieures.

7° Sur la question relative à l'affiliation du Syndicat des Médecins de la Loire-Inférieure à l'union des Syndicats, il était décidé que cette question sera traitée à la prochaine séance, M. Ollive prie les membres présents de réfléchir sur cette question et d'apporter à la séance prochaine un avis motivé.

8° M. le Dr VOYER prend la parole au sujet de la nomination des membres de la Commission centrale de vérification des mémoires de l'Assistance médicale. Il demande que le Syndicat veuille bien nommer huit de ses membres parmi lesquels M. le Préfet nommerait les quatre membres de la Commission.

Il est décidé que les huit membres du Syndicat seront désignés à la prochaine séance.

9° M. le docteur OLLIVE fait connaître au Syndicat la démission de MM. les Dr Brindejonc et Perrion.

10° Relativement à l'approbation définitive des Statuts, M. le Dr Ollive fait savoir qu'il n'a reçu aucune protestation sérieuse.

La prochaine séance est fixée au mardi 15 février. La séance est levée à 5 heures et quart.

Le Secrétaire des séances
Dr MIGNOT.

REPORTAGE MÉDICAL

Enseignement spécial en vue du certificat d'études spéciales d'hygiène. — Par arrêté ministériel en date du 31 janvier 1907, la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est autorisée à délivrer un certificat d'études spéciales d'hygiène. Elle organise, en conséquence, *à partir du 11 mars* 1907, un enseignement spécial accessible aux docteurs en médecine français et étrangers désireux de se spécialiser dans l'étude des questions d'hygiène publique.

Le cycle de cet enseignement aura lieu chaque année à partir du 1er mars et prendra fin le 15 juin. Il portera sur l'hygiène publique (sociale, urbaine et industrielle), l'hygiène de la première enfance, l'hygiène scolaire, la législation sanitaire, les éléments de la bactériologie et la prophylaxie des maladies transmissibles. Il sera complété par des visites d'établissements industriels et d'institutions d'assistance.

Les élèves en médecine ayant satisfait au 4e examen de doctorat, les pharmaciens, vétérinaires, ingénieurs, architectes, et les personnes étrangères aux professions sus-indiquées, peuvent, en raison de leurs connaissances ou de leurs fonctions, être [autorisés, par le Conseil de la Faculté, à suivre les cours, conférences, travaux pratiques et excursions, et poursuivre l'obtention du certificat.

Prière de s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine pour tous renseignements relatifs au programme et aux droits à acquitter pour être inscrit.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 5 mars inclus.

Nous sera-t-il permis de signaler à la Faculté de médecine de Lille toute l'opportunité de son nouveau geste ?

Comment nous devons rédiger les certificats pour les nourrissons. — On sait que des poursuites ont été récemment intentées à des médecins à propos de certificats délivrés à des nourrissons...., avariés et que des dommages et intérêts élevées leur étaient réclamés. M. Ch. Leroux vient de proposer un modèle de certificat permettant d'éviter désormais toute réclamation :

« Je soussigné...., après avoir examiné séparément M. et Mme X..., après avoir obtenu d'eux l'affirmation formelle qu'ils n'ont jamais été atteints de syphilis, après avoir constaté qu'il n'existe chez eux aucun symptôme de syphilis à la date du... non plus que d'autres maladies contagieuses, déclare que l'enfant issu des parents ci-dessus dénommés, ne présente à la date du... aucun symptôme de syphilis ni d'autre maladie contagieuse.

Déclare en outre que mon certificat n'engage en rien dans le cas où des symptômes ultérieurs de maladie contagieuse viendraient à se développer. Sous le bénéfice de cette réserve expresse, je certifie qu'à ce jour l'enfant peut être confié à une nourrice ».

(*Gaz. méd. de Paris.*)

La réorganisation des études pharmaceutiques.— M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux Ecoles de pharmacie, relativement à la réorganisation des études pharmaceutiques ; un questionnaire complet qu'elles devront examiner à bref délai.

Ce questionnaire se rapporte au *stage* (durée du stage et sa place dans le cours des études pharmaceutiques) ; à la *scolarité* (faut-il augmenter sa durée actuelle et modifier la répartition des divers enseignements qu'elle comporte ?) ; aux *examens* (quelles sont les modifications à apporter au *régime* et au *nombre* des examens ?) ; aux attributions des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ; enfin aux conditions dans lesquelles les pharmaciens de deuxième classe pourront être admis à postuler le diplôme de pharmacien de première classe.

A Paris, une commission a été nommée pour étudier ces divers points. (Président : M. le directeur Guignard et rapporteur : M. le professeur H. Gautier).

Journalistique. — Nous enregistrons la naissance d'un nouveau confrère *La Revue du médecin*, bi-mensuelle, illustrée d'études sociales et artistiques.

Organe du « Prolétariat intellectuel », elle veut être un « apôtre d'équité sociale », et défendre les droits du médecin prolétaire, par tendances, éducation et culture. Beau programme, qui ressemble beaucoup au nôtre, c'est pourquoi nous souhaitons au nouveau-venu, longue vie et bonne chance.

Une circulaire à retenir. — L'enfer est pavé de bonnes intentions, les circulaires aussi promettent monts et merveilles.

Nous verrons la suivante dans son application avant d'en célébrer les bienfaits.

L'admission dans les hôpitaux de Paris. — La direction de l'Assistance publique vient de faire afficher l'avis suivant :

Les consultations dans les hôpitaux et les dispensaires sont exclusivement réservées aux malades privés de ressources, nécessiteux ou indigents.

Toute personne se présentant à l'hôpital doit justifier de son identité, de son domicile à Paris et de son indigence par une carte du bureau de bienfaisance, quittance de loyer, etc.

Hors les cas d'urgence, les médecins et les agents de l'administration doivent écarter de la consultation les personnes que leur profession, le chiffre de leur loyer, etc., n'indiquent pas comme ayant droit à la gratuité des soins.

L'Administration de l'Assistance publique fera des enquêtes à domicile pour vérifier les déclarations des consultants et exercer, au besoin, des poursuites pour le recouvrement d'office des frais de séjour ou de consultation et pour la répression des abus.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,
G. MESUREUR.

Faculté. Hôpitaux.

— Un cours complet des maladies des voies urinaires aura lieu à l'hôpital Necker dans le service de M. le prof. Albarran, à partir du 8 avril. D'une durée de trois mois, il comprendra environ 80 leçons : La symptomatologie et le diagnostic seront développés et exposés avec présentation de malades.

Les élèves seront exercés à l'examen direct des malades ainsi qu'au maniement des cystoscopes et des différents instruments de la pratique urinaire.

Les leçons auront lieu trois fois par semaine à la salle de la Terrasse à partir de 2 h. 1/2. Pendant le premier mois les élèves seront tenus de suivre tous les matins la consultation de la salle de la Terrasse ; pendant les deux mois suivants, ils devront assister aux visites de M. le prof. Albarran dans les salles et à ses leçons cliniques. Le nombre des élèves est limité. Pour les conditions s'adresser à M. Ertzbischoff, chef de clinique à l'hôpital Necker.

— M. Vaquez, agrégé, a commencé les conférences

de thérapeutique le lundi 11 mars 1907, à 5 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Sujet des conférences : Les médicaments d'origine minérale. Eaux minérales et régimes alimentaires.

— M. Teissier, agrégé, a commencé des conférences de pathologie externe le lundi 11 mars 1907, à 5 h. au petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet des conférences : Affections de l'appareil pulmonaire (bronches, poumons, plèvres).

— M. Castex, chargé de cours, assisté de MM. Collinet, Rabé et Béal, a commencé le mardi 12 mars 1907 à 2 h. à l'Ecole pratique (pavillon VI), un cours de chirurgie spéciale pour les affections de l'oreille, du nez et du larynx. Il le continuera les jours suivants à la même heure.

Programme du cours : 1° Chirurgie tympanique (tympanotomie, ablation des osselets, etc.) ; chirurgie du labyrinthe ; opérations diverses sur la mastoïde.

2° Ablations des cornets opérations diverses sur les sinus et cellules annexes du nez ; procédés de rhinotomie ;

3° Ablation des polypes du larynx, laryngotomie ; pharyngotomie.

Les élèves inscrits sont exercés aux diverses interventions opératoires de la spécialité.

Le cours sera complet en 10 leçons. Le droit de laboratoire à verser est de 50 francs.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

— M. le prof. Gariel a commencé le cours de physique biologique le vendredi 8 mars 1907, à 5 h., et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Objet du cours : Etude de la vision, détermination et correction des amétropies ; loupes, microscopes. Phénomènes acoustiques de la phonation et de l'audition. Applications médicales des diverses formes de l'électricité et des rayons Röntgen. Ce cours est destiné aux élèves de 1re et de 2e années.

— M. le prof. Armand Gautier, membre de l'Institut a commencé le cours de chimie médicale, le jeudi 7 mars 1907 à 6 h., amphithéâtre de chimie et de physique de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La digestion, Le sang. Les mécanismes généraux du fonctionnement des tissus. La respiration. Les urines.

— M. Cunéo, agrégé, a commencé ses conférences d'anatomie le vendredi 8 mars 1907, à 6 h. au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Anatomie topographique de l'abdomen, du bassin et du membre inférieur.

— M. Richaud, agrégé, a commencé ses conférences de pharmacologie le samedi 9 mars 1907, à 5 h., et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Objet des conférences : Etudes des médicaments d'origine minérale.

— M. Launois, agrégé, a commencé les conférences d'histologie le samedi 9 mars 1907, à 3 h., au petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Bouchard a commencé le cours de pathologie et de thérapeutique générale le samedi 9 mars 1907, à 3 h. au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Gouget, agrégé, a commencé le cours de pathologie interne le samedi 9 mars 1907, à 3 h, au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Lepage, agrégé, chargé du cours, a repris le cours de clinique d'accouchements le samedi 2 mars 1907, à 10 h. du matin à la clinique Tarnier, rue d'Assas et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Ordre du cours : Mardis et samedis : Leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre. Leçons au lit des malades tous les matins à 9 h.

Dirigeront les exercices pratiques : MM. Coudert, Cathala, Nicloux, Lequeux, Devraigne, Donzeau, Binet, Venturas, Johannidès, Raillet, Leroux, moniteurs.

— M. Mauclaire, agrégé, a commencé un cours complémentaire de pathologie externe le mardi 5 mars 1907, à 4 h. au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Auvray, agrégé, a commencé ses conférences de pathologie externe le lundi 4 mars 1907, à 4 h. au petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mercredis, vendredis, et lundis suivants à la même heuure.

— M. Langlois, agrégé, a commencé ses conférences de physiologie le lundi 4 mars 1907, à 3 h. au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Balthazard, agrégé, a commencé ses conférences de médecine légale le lundi 4 mars 1907, à 3 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours : Coups et blessures. Empoisonnement et asphyxies. Mort et mort subite. Les six premières leçons sur les accidents du travail.

— M Louis Rénon commencera ses conférences pratiques (diagnostic, thérapeutique, diététique, médecine professionnelle) le lundi 15 avril, à 10 heures du matin. à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Visite des malades, avec interrogation des élèves, tous les matins à 9 h. salle Piorry et Lorain. Examen des malades nouveaux le mercredi et le jeudi. Consultations sur les maladies du cœur et des poumons, le mardi à 9 h. 1/2, salle Piorry. Démonstrations pratiques de bactériologie, de cytologie et d'urologie cliniques, le vendredi à 10 h. 1/2, au laboratoire.

— L'ouverture du cours de M. Paul Lecène, prosecteur, aura lieu le 8 avril 1907 à 1 h. 1/2. Sujet du cours : Opérations d'urgence et de pratique courante. Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les leçons sous la direction du prosecteur. Le droit à verser est de 50 francs.

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Gingou, de Vauvert (Gard), Milon, de Marseille, et Maire, du Péage-de-Roussillon (Isère) membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année — N° 14 — Dimanche 7 AVRIL 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

ASSOCIATION GÉNÉRALE

de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France

Paris, le 31 mars 1907.

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous annoncer que l'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu les 14 *et* 15 *avril prochain, à 2 heures précises, dans la salle des Concours de l'Assistance publique* (ancienne Académie de médecine) *rue des Saints-Pères*, 49.

Vous trouverez ci-contre l'ordre du jour de la session.

Nous croyons devoir vous rappeler les dispositions de l'article 53 des Statuts qui règlent la composition de l'Assemblée générale.

« Chaque Société composée de 50 Membres, ou au-dessous, est représentée par un Délégué ; celles qui se composent de 51 à 100 Membres peuvent avoir deux Délégués ; de 101 à 150 Membres, trois Délégués, et, à partir de ce chiffre, un Délégué de plus par chaque fois 50 Membres ou fraction de 50 Membres.

« Les Présidents des Sociétés unies font partie de droit de la délégation. »

Nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien nous faire connaître le ou les Confrères chargés de représenter votre Société à l'Assemblée générale, afin de les faire profiter de la réduction de moitié prix accordée jusqu'ici par les Compagnies de Chemins de fer aux Délégués des Sociétés unies. *Dans le cas où cette notification n'aurait pas encore été faite, il serait indispensable de nous l'envoyer le plus promptement possible.*

Nous croyons pouvoir espérer que, comme les années précédentes, le Syndicat des Compagnies de Chemins de fer accordera le transport à moitié prix de MM. les Délégués.

Mais, une des conditions essentielles pour l'obtenir, c'est de réduire au minimum les difficultés qui en résultent pour les Compagnies en nous faisant connaître, dans les délais fixés, les noms des Confrères qui se proposent de profiter de cette faveur, et les différents réseaux que chacun d'eux doit parcourir, *avec l'indication de la gare de départ et de la gare d'arrivée sur chacun de ces réseaux.*

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, la nouvelle assurance de nos sentiments dévoués.

Le Trésorier, Dr Blache — *Le Président* Dr Lereboullet

Le Secrétaire général provisoire Dr G. Lepage.

Nota. — MM. les Membres du Conseil Général de l'Association ont l'honneur d'inviter MM. les Présidents et Délégués des Sociétés unies au Banquet qui aura lieu le Dimanche 14 avril, *à sept heures et demie précises*, au Palais d'Orsay (Hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, en face le Palais de la Légion d'Honneur). — *TENUE DE VILLE.*

Monsieur le Président et Madame Lereboullet prient MM. les Présidents et délégués des Sociétés unies de bien vouloir venir passer la soirée chez eux, rue de Lille, 44, le Samedi 13 Avril 1907, à neuf heures et demie.

L'Assemblée générale ne se compose que de membres du Conseil Général et des Présidents et délégués des sociétés unies (statuts, art. 53).

Les membres de l'Association qui ne font pas partie du Conseil Général ou qui ne sont ni Présidents ni Délégués des sociétés unies, ne peuvent pas prendre part à l'Assemblée générale.

Les désignations des *Délégués à l'Assemblée générale et les demandes de billets à prix réduits* doivent être adressées, *avant le* 25 *mars* 1907, directement au Siège social, 5, rue de Surène, à M. le Dr BLACHE, chargé de centraliser ces documents.

Le règlement qui fixe les conditions dans lesquelles sont tenues les Assemblées générales sera envoyé à tous les Délégués signalés par les Sociétés.

Ces délégués recevront, en outre, une carte qui leur donnera accès à la Salle des séances.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés unies sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans la Salle où se tiendra l'Assemblée, le 14 Avril, à *une heure et demie.*

AVIS IMPORTANT.

MM. les Présidents et Délégués sont instamment priés de ne pas omettre de signer la feuille de présence à l'Assemblée générale, dans la case spéciale réservée à leur société.

Cette formalité est absolument indispensable pour permettre au Conseil Général d'établir la liste exacte des délégués qui ont assisté à l'Assemblée.

BANQUET

Le Conseil Général prie MM. les Présidents et Délégués de vouloir bien assister au Banquet qu'il leur offre le Dimanche 14 Avril, à sept heures et demie, au PALAIS D'ORSAY. Ils devront prévenir de leur acceptation *avant le* 10 *avril*, M. le Dr BLACHE, 5, rue de Surène, Paris.

MM. les Membres de l'Association peuvent prendre part à ce banquet. Ceux qui désireraient y assister sont priés d'envoyer leur adhésion à M. le Dr BLACHE, 5, rue de Surène, Paris, *avant le* 10 *avril ; la cotisation, pour eux, est de* 20 *francs.*

TENUE DE VILLE

L'Association Générale rappelle à ses membres que le Congrès des Praticiens se réunira le vendredi 12 *avril* 1907 *et les jours suivants.*

La liste des rapports et des rapporteurs déjà publiée doit être complétée par la mention suivante :

Réforme de l'enseignement et encombrement médical, par MM. Gouffier (Neuilly-sur-Seine) et Lacroix, Paris.

La 1re séance aura lieu le vendredi 12 *avril, à* 9 *heures du matin, à la Société de Géographie,* 184 *boulevard Saint-Germain.*

Quarante-huitième assemblée générale.

Ordre du jour (1).

La séance sera ouverte à *deux heures.*

PREMIERE PARTIE.

1° Lecture du procès-verbal de la dernière Assemblée générale (voir *Bulletin* n° 22, pages 153 à 213) ;

2° Rapport de M. CH. PÉRIER, au nom de la Commission chargée de faire le recensement des votes émis le 16 décembre 1906 pour la nomination du Président de l'Association, en remplacement de M. BROUARDEL, décédé.

3° Allocution de M. L. LEREBOULLET, Président ;

4° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. BLACHE, Trésorier général ;

5° Rapport sur la gestion financière du Trésorier, par MM. HALLOPEAU et PÉRIER, et approbation des comptes de l'exercice 1905-1906, publiés dans le *Bulletin* n° 23 (p. 239-262) ;

6° Compte-rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1906, par M. G. LEPAGE, Secrétaire général provisoire.

DEUXIEME PARTIE.

7° Election de deux Vice-Présidents, du Secrétaire général, de deux Secrétaires et de sept membres du Conseil Général.

Candidats présentés par le Conseil Général ;

Vice-Présidents : MM. BUCQUOY et LANDE, vice-présidents sortants, arrivés au terme de leur mandat ;

Secrétaire général : M. G. LEPAGE, secrétaire, proposé en remplacement de M. LEREBOULLET, élu président.

Secrétaires : M. LAUGIER, secrétaire sortant, arrivé au terme de son mandat.

M. CH. DARRAS, membre du Conseil, présenté en remplacement de M. LEPAGE, proposé pour Secrétaire général.

Membres : MM. BERGER, CHAUFFARD, DIEU, GAIRAL, OLIVIER et RIST, membres sortants, arrivés au terme de leur mandat

M. BOULOUMIÉ, membre de la Société Centrale présenté en remplacement de M. CH. DARRAS, proposé pour Secrétaire.

(*Les Membres du bureau et du Conseil sont immédiatement rééligibles* (Statuts, art. 9.).

8° Rapport de M. DE RANSE, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée ; discussion et vote des propositions ;

9° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1907 ;

10° Rapport de M. A.-J. MARTIN, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés unies à la prise en considération de l'Assemblée générale ;

(1) Les questions qui n'auront pas pu être résolues dans la séance du dimanche 14 avril seront discutées le lundi 15.

11° Rapport et conclusions présentés à l'Assemblée au sujet du projet de Loterie médicale par la Commission chargée de l'étude de ce projet.

12° Assistance aux veuves par le Travail.

13° Nomination des médecins et chirurgiens dans les hôpitaux de province.

14° Projet d'impôt sur le revenu appliqué au corps médical.

15° Questions diverses.

A sept heures et demie précises, LE BANQUET AU PALAIS D'ORSAY (Hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, en face le Palais de la Légion d'Honneur).

Tenue de Ville.

SYNDICAT DES MEDECINS DE LA SEINE

Constitution définitive du Bureau.

Président : Dr PHILIPPEAU.
Vice-Présidents : Drs J. NOIR, RÉNON.
Secrétaire Général : Dr BELLENCONTRE.
Trésorier : Dr VIMONT.
Secrétaires des séances : Drs LEVASSORT et DIVERNERESSE.
Rédacteur du Bulletin : Dr GUILLEMONAT.
Conseillers : Drs CHANDEBOIS, DESCOUST, GUILLON (Paul), MAINGUY, LECERF, BARRAULT, HAMON, LEREDDE, BALLON, LAMOUROUX, RAMONAT, DAUCHELLE.

LA SEMAINE MÉDICALE

La pneumonie par contusion et la loi des accidents du travail.

Une intéressante discussion a eu lieu, le 4 mars 1907, à la Société de médecine interne de Berlin, au sujet de la *pneumonie contusive* et du délai pendant lequel cette complication peut suivre « l'accident », pour être considérée comme un effet direct de celui-ci.

D'après M. Litten, il peut s'écouler cinq ou six jours entre le sinistre et l'é losion de la pneumonie, à la condition qu'il y ait nettement rapport de cause à effet, et, comme le fait remarquer M. Fürbringer, si on observe pendant cet intervalle des symptômes pneumoniques nets (toux, expectoration, points de côté)... Encore le point de côté peut-il prêter à confusion avec les douleurs consécutives à la contusion. Tandis que plusieurs se prononcent pour le « doute », se bornant à constater dans leurs rapports médico-légaux qu'il peut y avoir un rapport non absolument certain entre l'accident et la complication pulmonaire, M. Litten, au contraire, prétend que dans cette question purement médicale le médecin-expert ne doit pas laisser le juge se prononcer sur des conclusions évasives ; il admet parfaitement qu'il puisse y avoir rapport de cause à effet entre la contusion et la pneumonie, dans un délai de quatre à six jours, et conclut nettement dans ce sens sans exprimer l'idée de doute.

Cette question est de nature, on le voit, à embarrasser le praticien : elle a donné lieu dans notre pays comme en Allemagne à des interprétations diverses. Le 3 mars 1900, M. Souques lui consacrait dans la *Presse Médicale* un article, et précisait, d'après Litten, la division en *pneumonie traumatique* à la suite de lésion directe du poumon par plaie de poitrine, fracture de côte, et en *pneumonie contusive* par choc simple, sans plaie pénétrante et sans fracture.

C'est au sujet de cette dernière seule qu'il peut y avoir discussion, bien entendu. D'après Souques, la relation de causalité entre la contusion et la pneumonie ne saurait être niée ; le traumatisme, quel qu'il soit, prépare l'infection, en déterminant un trouble du système vaso-moteur, d'origine réflexe (Thèse de Meunier : « Rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire ». Paris, 1896).

Pour Forgue et Jeanbrau (*Guide pratique du médecin dans les accidents de travail*, Paris, 1905), l'expert doit prouver : 1° que la pneumonie s'est déclarée postérieurement au traumatisme ; 2° qu'il y a relation de cause à effet. On ne doit pas oublier que des alcooliques peuvent se promener avec une pneumonie latente, et même que cette pneumonie bien que latente peut à elle seule entraîner la mort ; cela n'est évidemment pas fait pour simplifier la question. Pour Forgue et Jeanbrau, la contusion devrait porter *sur le côté hépatisé* pour qu'on puisse admettre la relation de cause à effet, et les phénomènes pneumoniques doivent se montrer dans les premiers jours qui suivent l'accident. Enfin, il est bien entendu que le blessé devait être indemne, avant la contusion, de tout phénomène thoracique. Ces auteurs repoussent donc l'opinion de Meunier, et n'admettent pas qu'un choc sur la nuque, sur les lombes, puisse suffire pour le médecin-légiste ; ils exigent que la contusion ait été thoracique et ait touché le thorax du côté de la pneumonie.

Il semble que ces restrictions soient un peu sévères, pratiquement : ou bien il faut rester comme certains dans le doute en tous les cas, ou si l'on reconnaît la possibilité de la pneumonie par contusion, s'en remettre au jugement de sa conscience comme Litten, et. si l'on a pu suivre le malade, si les accidents pulmonaires éclatent dans les cinq ou six jours qui suivent le traumatisme, si la nature de ce dernier a été bien déterminée, le praticien, nous semble t il, sera en droit de certifier, après s'être entouré de toutes les précautions désirables, que la pneumonie peut être attribuée à l'accident pour lequel il a été appelé à se prononcer.

(*Le Médecin Praticien*).

Transmission des maladies infectieuses par l'intermédiaire du médecin.

D'après M. Remlinger (*L'Hygiène générale et appliquée*, février 1907, p. 65-78) si les doctrines pastoriennes ont modifié de fond en comble la pratique de la chirurgie et le mode d'hospitalisation des maladies infectieuses, elles n'ont eu que bien peu de retentissement sur l'exercice journalier de la profession médicale. Sans prendre d'autre précaution que celle — banale — de se laver les mains, le médecin va, comme il y a cinquante ans, du domicile d'un scarlatineux à celui d'un

accidenté du travail, du chevet d'un diphtérique à celui d'un tuberculeux. Le salon d'attente est plus encombré que jamais de rideaux, de tentures, de bibelots de toutes sortes. Dans cette pièce, où la femme du confrère recevra tout à l'heure ses amies personnelles, les malades les plus variés attendent pêle-mêle que leur tour soit venu de s'asseoir à côté du médecin, dans le même fauteuil de velours grenat. Même chez les spécialistes pour maladies du poumon, il n'y a nulle part de crachoirs. Quoi d'étonnant, dès lors, que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, etc., puissent se transmettre par l'intermédiaire du médecin ou de son cabinet de consultation, ainsi que l'auteur en cite de nombreux exemples ? Dans un grand nombre de pays le domicile des praticiens est distinct de son cabinet. L'hygiène est entièrement d'accord avec ce souci de ne point mêler les affaires professionnelles et la vie privée. Du moment qu'une même pièce cesse d'être à la fois salle d'attente pour rougeole, oreillons, tuberculose et salon de réception, il est facile de l'aménager, de la meubler, comme le demandent la logique et le bon sens. Si les médecins sont susceptibles de transmettre des maladies infectieuses, c'est par l'intermédiaire de leurs mains, de leur barbe et de leurs vêtements. Ils doivent donc désinfecter les premières avec le plus grand soin après chaque contact suspect, renoncer au port de la barbe et de la moustache et, par dessus leurs habits, porter, aussi bien pour les consultations de la ville que pour celles du cabinet, un vêtement spécial « montant très haut et descendant très bas, léger, facile à mettre et à quitter, à laver et à désinfecter, peu encombrant et d'un prix de revient peu élevé ». Sans doute, au début, ce vêtement fera sourire, mais le public en prendra vite l'habitude. « Le fait que, grâce à cet accoutrement, le praticien sera facilement reconnu au cours de ses tournées professionnelles, constituera un avantage pour lui comme pour le public. »

Dans nombre de villes, certains médecins n'essaient-ils pas de se faire une tête médicale, grâce au port de longues redingotes et de hauts de forme à bords plats ? M. Remlinger se demande, en terminant, comment on peut encore, en 1907, signaler des cas de contagion par l'intermédiaire du médecin et avoir à énumérer les mesures à prendre pour diminuer ce danger. Les raisons de ce retard sont multiples. C'est le scepticisme du praticien en étiologie comme en thérapeutique, son ignorance en épidémiologie (en dehors des écoles de médecine militaire et navale, celle-ci n'est enseignée nulle part), cette opinion très répandue chez les médecins qu'un privilège, une immunité spéciale, les empêche de semer autour d'eux la contagion, la difficulté de saisir la relation de cause à effet entre une visite médicale et l'apparition d'une scarlatine ou d'une rougeole, conséquence de la longue incubation des maladies infectieuses... Il existe, en un mot, un certain degré de discordance entre la façon dont la médecine est exercée au commencement du XX[e] siècle et les notions si précises acquises sur l'étiologie des maladies infectieuses. L'auteur termine en disant qu'il serait de l'intérêt général et de l'intérêt médical en particulier, qu'il fût fait quelque chose pour atténuer cette discordance.

(Bulletin Médical).

Une huile grise perfectionnée.

Le Dr Louis Queyrat, médecin des hôpitaux de Paris, a présenté récemment à la Société médicale des hôpitaux une nouvelle formule d'huile grise pour injections intra-musculaires dans la syphilis tertiaire.

C'est M. Lafay, docteur en pharmacie à Paris, qui a eu le mérite de composer cette huile, dont la principale qualité est d'être homogène et liquide à la température de 15 degrés.

En voici la formule (la teneur en mercure restant toujours de 40 p. 100) :

Mercure purifié...............	40 gr. »
Lanoline anhydre pure et stérilisée	13 gr. 50
Oléo-naphtine (1)...............	46 gr. 50

« Cette huile grise est parfaitement homogène, elle commence a se liquéfier à + 12, elle est fluide à + 15, et il suffit de l'agiter pour accroître sa liquéfaction et répartir également le mercure ; d'ailleurs, ainsi que vous pouvez le constater sur ce tube bien liquéfié, il n'y a aucun précipité, tandis qu'en regard cet autre tube contenant de l'ancienne huile grise de Lafay présente, après immersion de dix minutes au bain-marie à + 40, un abondant précipité de globules mercuriels formant en certains points de très gros amas.

« J'emploie cette huile depuis six semaines ; elle est admirablement tolérée, n'occasionne aucune douleur ; j'insiste sur ce point parce qu'on avait raconté qu'il y avait grand avantage à faire tiédir l'huile pour la rendre plus supportable : ce n'est pas vrai.

« Cette huile non chauffée et fluide à la température de + 15 est, je le répète, très bien supportée, et ne provoque aucune douleur.

« J'ai tenu à vous présenter cette nouvelle formule de l'huile grise, car elle me paraît réaliser un sérieux progrès en évitant la précipitation du mercure et par suite l'injection avec les dernières parties du mélange d'une quantité trop considérable de métal, d'où possibilité d'accidents toxiques lorsque le médecin n'avait pas le soin d'agiter fortement et longtemps le flacon. Elle a, de plus, l'avantage d'épargner au médecin les ennuis du chauffage et une perte de temps trop souvent appréciable. »

Les fractures bi-malléolaires.

D'une récente et très intéressante discussion de la Société de chirurgie, nous retiendrons les principes suivants applicables au traitement des fractures bimalléolaires :

1° Réduction sous anesthésie chloroformique, mais en se méfiant des mouvements désordonnés, au réveil, surtout chez les alcooliques.

Pour cette réduction : forte traction sur le talon pris à pleine main, porté en bas en avant ; puis flexion et adduction forcée.

2° Application immédiate d'un appareil plâtré à attelle postérieure et à étrier.

Maintenir le membre (qu'on n'aura pas abandonné un seul instant depuis la réduction) jusqu'à dessiccation complète du plâtre, ou bien y ajouter une attelle pendant une journée.

3° Renouveler cet appareil au bout de quelques

(1) L'oléo-naphtine préparée par Lancelot est une vaseline pure ayant toujours la même densité.

jours, si, après la disparition de l'œdème, le membre semble ballo tter dans la gouttière :

4° Durée de l'immobilisation : 40, 50 ou 60 jours ;

5° Usage de béquilles pendant un à deux mois, sans poser le pied à terre ;

6° Massage et électricité, avant de faire marcher le malade, afin de combattre les troubles atrophiques ;

7° Examen radiographique, en cas de doute sur la consolidation. Si la consolidation n'est pas faite au bout de six mois (cal translucide) : intervention sanglante.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

REVUE DE CHIRURGIE CLINIQUE

Le traitement de l'étranglement herniaire

Dans un précédent article j'ai traité des moyens à employer contre la gangrène herniaire, je ne m'occuperai aujourd'hui que du traitement de la hernie étranglée sans lésions de l'intestin. Tous les moyens autrefois vantés : bains chauds prolongés, réfrigérants sur la tumeur herniaire, pulvérisations d'éther, compression avec une bande de caoutchouc (Maisonneuve), sac de plomb (Lannelongue), sont à bannir et un de leurs moindres inconvénients est de faire perdre un temps précieux. Si je les ai énumérés c'est que, rarement il est vrai, on les voit encore mettre en usage. Le taxis, si fort en honneur autrefois, que l'on trouve décrit pour la première fois dans la chirurgie de Guillaume de Salicet, dont Gosselin a minutieusement fixé les règles, perd de plus en plus du terrain et est bien près d'être abandonné. Ce n'est pas que dans certaines conditions il ne puisse rendre service.

Il est bien évident que lorsqu'on se trouve en présence d'un étranglement herniaire datant de quelques heures, ou à la campagne, tout seul, sans aides, à la condition de procéder méthodiquement et avec une douceur extrême, d'être prêt à opérer en cas d'insuccès, on peut être autorisé à pratiquer le taxis.

Placer le malade dans le décubitus dorsal, le siège soulevé par un oreiller, le membre inférieur dans la flexion et l'abduction (position du membre qui donne le maximum d'ouverture du canal inguinal). Le malade est anesthésié. Le chirurgien saisit de la main gauche le pédicule de la hernie, le pouce placé d'un côté, les autres doigts de l'autre, de façon à l'immobiliser sans le comprimer. Avec la main droite il saisit le corps de la tumeur et exerce des pressions dirigées du côté de l'abdomen de façon à faire rentrer les premières les parties sorties les dernières. Dans cette manœuvre les deux mains agissent synergiquement. Il ne faut pas exercer de pressions sur le fond de la hernie, sans quoi les viscères viendraient s'étaler devant le collet du sac et s'y aplatir. Quand le taxis réussit, la hernie rentre petit à petit, on voit la tumeur diminuer progressivement, puis à un moment donné le reste de la hernie rentre brusquement comme aspiré dans l'abdomen en produisant un bruit de gargouillement spécial. En cas de réussite appliquer un tampon de coton et un spica de laine un peu serré. Maintenir le malade au lit 48 heures environ.

Combien de temps faut-il continuer les manœuvres du taxis. Gosselin dit dans ses cliniques qu'il ne faut pas dépasser 10 à 12 minutes pour les petites hernies et 15 ou 20 pour les grosses. On doit rester plutôt en deçà qu'au-delà de ces limites.

Il ne faut pratiquer le taxis, ainsi que Gosselin l'a le premier bien établi, que lorsqu on a la certitude qu'il n'existe pas de lésions de l'intestin. Comme lorsque 24 heures se sont écoulées depuis le début de l'étranglement, et même un peu moins pour les hernies crurales, on ne peut avoir cette certitude, passé ce délai, il est plus prudent de s'abstenir.

Un des moindres inconvénients du taxis en cas de succès est de laisser subsister la hernie. Si l'on considère les méfaits possibles du taxis : contusion intestinale, hémorrhagies intestinales consécutives, péritonite généralisée consécutive à l'inoculation péritonéale par le liquide septique du sac; réductions incomplètes, réductions en masse, rupture de l'intestin, l'on deviendra très circonspect lorsqu'il s'agira de traiter un étranglement herniaire par le taxis.

Au début de ma pratique je faisais encore assez volontiers le taxis. Un jour, je réduisis chez un vieillard de 70 ans une grosse hernie inguinale étranglée depuis 15 heures. Tout se passa bien sur le moment, quelques pressions légères furent suffisantes ; il était dix heures du soir et je me trouvais seul à la campagne ; à cinq heures du matin cet homme mourait. Très probablement il y avait eu réduction en masse. Dans le cas suivant je fus assez heureux, pour lever l'étranglement. En septembre 1904, on amène à l'Hôtel-Dieu un homme de 38 ans, qui arrivait avec le diagnostic d'obstruction intestinale datant de six jours. L'état était des plus mauvais ; le pouls filiforme, le facies grippé, les yeux excavés, la voix éteinte, le ventre plat et rétracté, les orifices herniaires libres. Après anesthésie locale à la cocaïne, je fais une incision iliaque gauche pensant faire un anus artificiel. Le ventre ouvert, en explorant la fosse iliaque avec le doigt je trouvai une anse grêle serrée par un collet et accolée à l'orifice inguinal interne. L'anse dégagée et l'étranglement levé, je ne trouvai pas de sphacèle de l'anse et je refermai le ventre. Les suites furent excellentes et la guérison eut lieu sans incidents. Avant l'intervention, ce malade avait nié l'existence d'une hernie. Le lendemain lorsque je lui eus exposé les résultats de l'opération, ce malade m'avoua qu'il était porteur d'une hernie inguinale gauche depuis longtemps, qu'il faisait usage d'un bandage, que le jour où il fut pris d'une douleur abdominale brusque, sa hernie était sortie et qu'il l'avait fait rentrer avec quelques pressions modérés. Marié depuis 13 mois, il avait tenu son infirmité secrète, c'était là la vraie cause de son silence, silence qu'il avait obstinément gardé vis-à-vis de son médecin traitant.

Donc, d'une façon générale, le taxis doit être la grande exception et la kélotomie la règle. La herniotomie est une opération bénigne ; ce sont les lésions intestinales et le degré d'intoxication générale auquel est arrivé le malade qui peuvent en compromettre les résultats.

L'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther est généralement employée. Chez les malades trop âgés ou trop intoxiqués, pour lesquels on craint les dangers de l'anesthésie générale on peut employer l'anesthésie locale à la cocaïne ou à la stovaïne.

Toutes les fois que la chose est possible, il faut débrider à ciel ouvert. En sectionnant un agent d'étranglement que l'on a sous les yeux, on opère à coup sûr, on n'a pas à craindre les lésions vasculaires si redoutées autrefois ; on fait une résection plus large du sac. Il est de règle de terminer par la cure radicale.

La pratique de l'antisepsie et de l'asepsie a amélioré les résultats opératoires. Si elle ne supprime pas l'intoxication générale, la stercorémie et les péritonites septiques, qui restent sous la dépendance de la durée de l'étranglement et de son degré de constriction, l'antisepsie permet d'éviter les infections secondaires, et en évitant les suppurations sous-cutanées procure une cicatrice solide.

Je résume les principales règles à observer dans les variétés inguinales, crurales, ombilicales qui sont d'observation courante.

Dans la hernie inguinale l'incision doit être haute, commencer sur la racine des bourses ou plus bas suivant que la hernie est plus volumineuse, dépasser l'arcade fémorale et remonter jusqu'au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Cette incision sectionne en général quelques branches de la sous-cutanée abdominale. Si la paroi aponévrotique antérieure du canal inguinal n'est pas trop tendue et dissociée, placer sur chaque pilier une pince de Kocher et sectionner aux ciseaux à petits coups ou sur la sonde cannelée la paroi antérieure du canal. Disséquer et ouvrir le sac. On croit en général être arrivé sur le sac bien avant d'avoir atteint sa paroi réelle. En outre certains sacs de hernie inguinale ressemblent à de l'intestin. Couper les couches en dédolant ou sur la sonde cannelée. Ouvrir le sac est un temps délicat, amenant souvent un peu d'hésitation même de la part des vieux routiers. Un bon moyen est de plisser la paroi du sac, on sent qu'il glisse sur l'intestin sous-jacent, on fend d'un petit coup de ciseaux ; un peu de liquide séreux ou hématique s'écoule, et vient lever les derniers doutes. On sait qu'au contraire des parois intestinales, la paroi du sac sectionnée ne saigne pas. Fendre le sac en haut et en bas et repérer avec des pinces de Kocher. L'ouverture du sac est plus délicate lorsque la hernie est sèche. Il est rare qu'avec un peu de prudence on ne s'en tire pas. Irriguer le contenu du sac avec de l'eau bouillie chaude et procéder au débridement. Sur la pulpe du doigt introduite au contact du collet, glisser une branche des ciseaux mousses et sectionner. Dans les étranglements peu serrés, on peut insinuer un peu le bout du doigt sous le collet, le soulever et le sectionner au bistouri de dehors en dedans. Lorsque le collet est très profond et très serré on peut se servir du bistouri de Cooper et faire plusieurs petits débridements. S'arrêter dès que le doigt pénètre librement dans l'anneau constricteur et que l'on peut facilement attirer l'intestin au dehors. L'examen au doigt de l'agent constricteur permet de s'assurer qu'il est unique, qu'il n'y a pas de brides secondaires, pas d'autres strictures comme cela se produit assez souvent dans les hernies congénitales.

Bien qu'en opérant à ciel ouvert la direction à donner à la section du collet ait perdu de son importance, il faut connaître cependant les règles qui permettent d'éviter les lésions musculaires. Dans les hernies obliques externes, variété la plus commune, il faut sectionner le collet en haut et en dehors, l'épigastrique se trouvant en dedans du collet. Dans la hernie inguinale directe il faut débrider directement en haut. En effet dans cette variété plus rare de hernie, l'intestin refoule le péritoine par la fossette inguinale interne ; pénètre dans le canal inguinal par sa paroi postérieure, et est en contact en dehors avec le cordon spermatique et l'épigastrique. Quant à la hernie de Velpeau (oblique interne), elle est des plus rares. En pratique il est bien difficile de faire le diagnostic de ces différents variétés.

Une fois le débridement fait il faut examiner attentivement le contenu herniaire. On trouve de l'épiploon adhérent ou non ; le réséquer après une ligature unique ou en chaîne suivant son volume. L'épiploon dans les hernies étranglées doit toujours être reséqué, car il est plus ou moins altéré et il serait à craindre qu'en rentrant un épiploon enflammé il ne contracte des adhérences, occasion de brides ultérieures.

Attirer l'intestin et bien examiner les sillons produits par l'étranglement, le laver et le rentrer par des pressions douces et méthodiques. Disséquer, lier et réséquer le sac. Terminer par la cure radicale, procédé de Bassini.

Chez la femme il est utile de fixer le pédicule du sac contenant le ligament rond au-dessus de l'anneau inguinal profond, suivant le procédé de Barker. On traverse avec les deux chefs du fil qui lie le pédicule la paroi abdominale et on les noue en avant de l'aponévrose du grand oblique. Ce procédé, en fixant le ligament rond à la paroi abdominale, tend à maintenir la statique utérine.

Il ne faut pas oublier que chez la femme on trouve quelquefois la trompe et l'ovaire dans la hernie. Si ces organes sont sains les rentrer dans le ventre, sinon les réséquer. Les annexes de l'utérus ont été rencontrées dans les hernies ischiatiques, obturatrices et crurales; mais c'est surtout dans la hernie inguinale qu'on les trouve.

Il est de la dernière utilité de bien connaître les variétés rares de hernie inguinale, qui peuvent donner lieu à des surprises désagréables au moment de l'opération et à des échecs fâcheux lorsqu'on les méconnaît.

En premier lieu vient la hernie pro-péritonéale, dont le premier cas a été décrit par Parise en 1851, et étudiée par Kronlein en 1876. Dans cette variété, un premier sac inguinal et superficiel communique avec un second profond, situé entre le péritoine pariétal et le fascia superficialis. Exceptionnelle chez la femme, elle se rencontre surtout chez l'homme. L'exploration digitale nécessitée par les difficultés que l'on éprouve à faire rentrer l'intestin fera reconnaître l'existence du second sac.

2° La hernie inguino-interstitielle décrite par Dance en 1835, Goyrand 1836, Tillaux 1871, dans laquelle la hernie reste incluse dans le canal

inguinal et s'accompagne d'ectopie testiculaire.

3° La hernie pré-inguinale décrite par Huecke (1866), Bourdon (1871), Kuster 1886, Marion, etc ; qui siège dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale entre la peau et l'aponévrose du grand oblique et s'accompagne aussi d'ectopie testiculaire.

Une variété de hernie inguinale qui expose à certains mécomptes en cas d'étranglement est celle du gros intestin. Décrite par Arnaud, J.-L. Petit et Scarpa, elle a été bien étudiée par Trèves, Tuffier, Hartmann et Boiffin. Le gros intestin : cœcum ou côlon ilio-pelvien peut sortir de l'abdomen en glissant ou en basculant Les hernies par glissement, lorsqu'elles sont arrivées à leur complet développement, ont un sac incomplet qui recouvre les deux tiers de l'intestin, le troisième tiers étant dépourvu de séreuse et recevant les vaisseaux coliques. Dans les hernies par bascule, beaucoup plus rares, très souvent il n'y a pas de sac. Ces hernies sont en général volumineuses, le plus souvent en partie irréductibles, s'accroissent progressivement malgré les bandages, s'engouent fréquemment et s'étranglent quelquefois.

Plusieurs écueils sont à éviter dans l'opération de cette variété de hernie : 1° On peut ne pas tomber sur le sac et arriver directement sur le côlon que l'on ouvre fatalement en s'acharnant à chercher le sac. ; 2° quand on a trouvé le sac, on peut aller trop loin dans sa dissection, arriver sur le pédicule formé par les vaisseaux coliques, nourriciers de l'intestin, lier ou blesser ces vaisseaux, et amener la gangrène consécutive de l'intin. Il ne faut donc pas pousser la dissection du sac trop loin, car on n'arriverait pas à le pédiculiser et en outre ce serait dangereux. Faire un surjet en avant de l'intestin et refouler le tout dans le ventre.

Les hernies du gros intestin sont très souvent adhérentes. En voici un exemple type qui donnera une idée des difficultés que l'on éprouve lorsqu'on a à opérer une de ces hernies.

X... 50 ans. Hernie inguino-scrotale droite du volume d'une tête d'adulte, devenue très douloureuse depuis trois jours, sans arrêt complet des matières. J'intervins et je trouvai dans cette hernie: 1° une hydrocèle volumineuse à contenu clair, 2° un abcès en arrière de la masse intestinale, abcès probablement appendiculaire ; 3° un paquet épiploïque volumineux adhérent à l'intestin ; 4° la partie terminale de l'iléon ; 5° le cœcum tout entier et englobé dans des fausses membranes l'appendice dont l'extrémité était entourée de pus caséeux. L'intestin était adhérent au sac très épais ; le sac entourait presque tout l'intestin sauf en arrière ; il fut suturé en avant par un surjet ; le tout fut rentré. Un gros drain fut placé en avant. Cet homme qui était en traitement dans un asile d'aliénés, mourut trois jours après avec une température de 40° et des phénomènes de délire aigu.

Dans la hernie crurale, les rapports anatomiques du collet du sac sont très importants. Immédiatement en dehors se trouve la veine fémorale, puis l'artère fémorale ; au-dessus et un peu en dehors l'artère épigastrique. Le cordon spermatique n'est séparé de la face supérieure du sac que par l'arcade de Fallope. Lorsque l'artère obturatrice naît de l'iliaque externe par un tronc commun avec l'épigastre, suivant que ce tronc commun est long ou court, il siège en dedans ou en dehors du collet. En débridant en haut, on peut blesser le cordon ; en haut et en dehors on peut intéresser l'épigastrique ; en dedans on s'expose à blesser le tronc d'origine de l'obturatrice. D'où le précepte ancien de débrider en dedans et en bas.

Bien que dans l'opération de l'étranglement herniaire crural, on n'ait pas à s'occuper comme dans l'inguinal du cordon, on a d'autre part certaines difficultés provenantde ce que la hernie est souvent sèche; qu'elle est petite, que chez les femmes grasses on opère dans un entonnoir plus ou moins profond ; que l'étranglement est en général très serré et les lésions de l'intestin fréquentes. On rencontre souvent un lipome pré-herniaire.

C'est surtout dans la hernie crurale qu'une erreur de diagnostic peut être commise entre l'adénite aiguë et l'étranglement herniaire. On sait qu'en dedans de la veine fémorale, du côté du ligament de Gimbernat, existe un espace rempli par du tissu cellulaire. C'est là que se trouvent les ganglions lymphatiques inguinaux profonds, dont le plus élevé occupe l'angle interne du canal crural (ganglion de Cloquet). L'inflammation du ganglion de Cloquet peut simuler un étranglement. En voici un exemple. Au mois de janvier 1905 on apporte dans mon service une fillette de six ans. Elle avait été prise, la veille, de fièvre avec délire, puis était tombée dans le coma. Un médecin appelé trouve dans l'aine gauche une petite tumeur dure et fait le diagnostic de hernie crurale étranglée. Je constatai : état comateux, petits cris plaintifs, globes oculaires convulsés en haut, respiration de Cheyne-Stockes, T = 38°. Dans l'aine gauche petite tumeur dure simulant une hernie, mais n'en ayant pas les caractères, mate à la percussion, entre autres signes. L'ablation de cette tumeur, de la grosseur d'un œuf, après anesthésie à la cocaïne, me fit voir qu'il s'agissait de deux ganglions enflammés: un externe adhérent à la gaîne des vaisseaux ; le second plus gros, en dedans, bridé par l'arcade fémorale. Cinq heures après l'opération l'enfant reprend connaissance. Le lendemain après l'administration de santonine et de calomel, elle expulse plusieurs lombrics. Elle guérit en quelques jours. Ce cas complexe où une adénite du ganglion de Cloquet coexistait avec de l'helminthiase était bien fait pour provoquer une erreur.

C'est dans la hernie crurale que l'on observe le plus communément le pincement latéral de l'intestin, qui a donné et donnera lieu encore à de nombreuses erreurs de diagnostic. Il est d'autant plus facile de se tromper en pareille occurence que l'on a affaire en général à des femmes grasses, qu'il est très difficile de percevoir dans l'aine une petite tumeur ; qu'en général les selles existent et que la durée peut être longue. J'en ai observé un cas méconnu dans lequel un volumineux fibrome utérin accapara toute l'attention. La mort par péritonite ne survint que seize jours après le début. Beaucoup d'auteurs admettent que dans cette variété d'étranglement, les lésions évoluent plus vite que lorsque l'anse intestinale est complète. Gosselin est un des rares chirurgiens qui s'inscrivent en faux contre cette assertion et il a raison.

Parmi les variétés rares de hernies crurales, il faut citer : 1° la hernie crurale externe sortant dans la gaine des vaisseaux en dehors de la fémorale ; 2° la hernie de Laugier, dans laquelle l'intes-

tin sort à travers les fibres du ligament de Gimbernat et est tout à fait interne ; 3° la hernie de J. Cloquet, dans laquelle l'intestin,après être sorti par le canal crural perfore l'aponévose du pectiné et se loge entre l'aponévrose et le muscle. Cette hernie très profonde est située en arrière des vaisseaux fémoraux.

La meilleure incision pour la hernie crurale, celle qui donne le plus de jour, est parallèle à l'arcade de Fallope. Faire attention de ne pas sectionner de gros troncs veineux, ou de les lier si la chose arrive. La hernie crurale sort souvent par le trou de la saphène.Le sac découvert,il faut l'ouvrir avec précaution, car la hernie est souvent sèche. C'est à propos de la hernie crurale que J.-L. Petit préconisait son procédé de débridement sans ouverture du sac, procédé qui n'a plus de raison d'être avec l'antisepsie.

Lorsqu'à cause de la profondeur de la plaie, on ne peut débrider à ciel ouvert, faire un petit débridement au bistouri de Cooper en dedans et en bas ; puis avec un instrument mousse ou ciseaux fermés ou pince, agrandir l'orifice par distension (procédé de Lefort). La blessure des vaisseaux est redoutable. Dupuytren a perdu des opérés d'hémorrhagie due à la blessure de l'obturatrice naissant anormalement d'un tronc commun avec l'épigastrique. Donc autant que possible ne jamais débrider à l'aveugle et sectionner le collet à ciel ouvert.

L'intestin doit être examiné avec beaucoup de soins, car il est souvent altéré. Après avoir rentré l'intestin,disséquer le sac très haut, le lier et faire la cure radicale ; unir les lames celluleuses internes de la gaine des vaisseaux à l'arcade de Fallope. Par-dessus le premier plan de sutures profondes, en faire un second unissant l'aponévrose du pectiné à l'arcade crurale, réunir par dessus la peau.

Parmi les variétés de hernies ombilicales,il faut mentionner d'abord les hernies embryonnaires et les hernies fœtales. Elles sont rares, surtout les premières. Voici le seul cas de hernie fœtale étranglée que j'aie observé et opéré : X..., 8 jours, enfant masculin. Est né au dire des parents,avec un cordon gros comme le bras. Depuis sa naissance vomit et maigrit, refuse le sein, crie nuit et jour. Je suis appelé le septième jour au soir. Je trouve une tumeur du cordon grosse comme une mandarine, en voie de sphacèle. Le pédicule est gros comme le doigt et on a la sensation de gargouillement intestinal. Ventre météorisé. J'opère cet enfant le lendemain matin,après avoir fait l'anesthésie au chloroforme. Je trouve une hernie ombilicale comprenant toute une anse grêle de 0,20 centimètres de long, adhérente sur tout son pourtour à l'orifice abdominal, recouverte de fausses membranes de péritonite, fausses membranes que j'enlève. Après débridement de l'anneau ombilical, je rentre l'intestin et je ferme l'orifice de sortie par trois anses de fil d'argent en U, étreignant toutes les parois. Toutes les enveloppes du cordon qui étaient sphacélées furent reséquées. L'opération dura une 1/2 heure et l'enfant la supporta très bien. Il mourut de péritonite généralisée quatre jours après l'opération. Il est probable que si l'opération avait pu être faite le jour de la naissance ou au plus tard le surlendemain, cet enfant eût pu être sauvé.

La hernie ombilicale, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. peut acquérir un volume énorme. L'étranglement de la hernie ombilicale est un accident rare. Gosselin n'en a observé que 21 cas. La péritonite herniaire est au contraire fréquente dans les grosses hernies ombilicales. Ce sont ces poussées fréquentes de péritonite herniaire se résolvant souvent sans intervention, qui font temporiser les malades, lorsqu'un étranglement véritable survient et qui expliquent pourquoi l'opération est trop souvent tardive dans l'étranglement herniaire ombilical. Aussi faut-il rejeter l'ancienne théorie de Gosselin et opérer dès qu'on a les moindres doutes sans temporiser.

L'incision de la peau doit être faite avec précaution car souvent le sac lui est intimement adhérent et l'intestin est sous-jacent. L'agent d'étranglement le plus fréquent est constitué par l'anneau ombilical,qu'il faut sectionner. Dans les grosses hernies rechercher les brides secondaires. Lier et reséquer l'épiploon s'il est adhérent, réduire l'intestin, disséquer et lier le sac ; faire l'omphalectomie, et fermer le ventre par une suture à étages.

On a souvent affaire à de très grosses hernies ayant perdu droit de domicile dans le ventre. L'opération est dans ce cas très laborieuse. Dans un cas datant de 48 heures, je trouvais dans la hernie tout l'intestin grêle et environ le tiers du gros intestin. Une anse grêle longue de 0.50 centimètre était tordue sur son axe et sphacélée. Il s'agissait dans ce cas non d'un étranglement par l'anneau ombilical qui était libre,mais d'un volvulus survenu dans une grosse hernie.

A part les observations citées plus haut, j'ai opéré jusqu'ici 45 hernies étranglées sans lésions intestinales.

Ces 45 cas se décomposent comme il suit :

Hernies inguinales : 25 ; hommes 20 ; femmes 5.

Hernies crurales : 19 ; hommes 2 ; femmes 17.

Hernie ombilicale : 1 ; femme 1.

Ces 45 cas m'ont donné 38 guérisons et 7 morts.

Les 7 décès sont dns : *Hernies inguinales* 2 : la première datant de 4 jours, la seconde de 48 heures, péritonite généralisée ayant entraîné la mort dans le 1er cas huit jours après l'opération, dans le second cas trois jours après.

Hernies crurales 5 datant 2 de 48 heures ; 1 de 3 jours ; 1 de 5 jours ; 1 de 8 jours.

La cause de la mort fut soit l'intoxication générale, soit la péritonite.

Les 38 cas de guérison ont été obtenus sur des hernies étranglées depuis 4 heures, 1 ; 15 heures, 3 ; 20 heures, 2 ; 24 heures, 3 ; 30 heures, 4 ; 36 heures 4 ; 48 heures, 9 ; 3 jours, 7 ; 4 jours, 5.

Dans deux cas j'ai noté de la broncho-pneumonie,complication assez fréquente dans l'étranglement herniaire et due comme on le sait à la septicémie péritonéo-intestinale.

Le pourcentage global de mortalité de ces 45 cas est d'environ 16 % et envisagé séparément de 8 % pour les hernies inguinales et de 25 % pour les crurales, ce qui confirme ce fait que la hernie crurale est plus grave que l'inguinale.

Si aux 45 cas précédents sans lésions intestinales apparentes, j'ajoute les 19 cas avec gangrène intestinale cités dans mon dernier article, cas traités par l'anus contre nature ou l'entérectomie et qui ont donné 7 guérisons et 12 morts, j'obtiens un résultat de 64 herniotomies avec 19 morts soit le 34 %.

En comparant ce résultat avec les chiffres que donne Berger dans son article des *hernies* du Tra

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

non guéri cependant, devait reprendre le travail. Le juge m'a donné raison et a accordé à l'ouvrier deux nouveaux mois d'incapacité. Si la copie du jugement pouvait vous intéresser, je vous l'adresserais; elle grossirait le dossier que vous préparez contre les monopoliseurs à forfait. Un de mes clients reconnu guéri dans les mêmes conditions est également en instance et j'espère obtenir de nouveau gain de cause.

Réponse. — Pas de quittance sans mandat, rappelez à cette compagnie que votre créance doit vous être payée à domicile.

Le fait d'avoir un représentant dans votre commune, qui reste en dehors du paiement de vos honoraires dus par la compagnie à laquelle il appartient, doit vous inciter à vous méfier.

Vous nous obligeriez en nous envoyant le jugement que vous avez obtenu.

Dr L. à S., à *Concours*.— A propos de l'information du Dr F.-L., ci-jointe.

Ladite Cie, tombée dans le... marasme après paiements réguliers des honoraires médicaux, n'ayant jamais répondu à ma petite note de 8 fr. pour sinistre de septembre 1903, j'avisai son Directeur, indiqué par l'ex-agent local... lésé fortement à tous égards par cette.... suspension de paiement des sinistres, que, « pour éviter dérangement », je ferais présenter sous un mois, sauf avis contraire de sa part, ma traite au domicile indiqué de la Cie, 4, rue de Charras. Ne recevant pas de réponse, je croyais ma traite acceptée... lorsqu'elle me revint impayée ! Ne pouvant obtenir réponse quelconque je pris le parti de la lui renvoyer directement... elle *a été gardée bien qu'impayée*, et sans doute portée aux dépenses. Pour cette petite somme, considérée comme perdue dès le début, j'ai voulu me rendre compte de la... moralité du Directeur... et mon pronostic était exact.

2° Ci-contre 0 fr. 80 en timbres pour recevoir un « tarif officiel accidents », j'ai distribué la douzaine antérieurement reçue.

3° A ce propos, je suis

Suite page X.

té de chirurgie, et dans lesquels aucune distinction n'est faite entre les cas avec ou sans lésions de l'intestin, on voit que Gosselin sur 66 opérés, a 31 décès ; Bermo Schmidt, sur 308 herniotomies a le 36 % ; de Lange sur 133 kélotomies a 64 décès soit le 48 % ; Tscherning sur 524 opérations, donne le 24 % de décès ; Hagedorn sur 70 cas ne signale que le 14 %.

Avec ceux que donne Rochard dans son « Traité sur les hernies ».

Macréady sur 1063 kélotomies a 34 % de mortalité, Henggeler sur 276 kélotomies à 24 % de mortalité, on arrive à cette conviction que l'étranglement herniaire est une affection grave ; que d'une façon générale la hernie crurale donne une mortalité plus élevé que l'inguinale.

Ces résultats pourront s'améliorer dans de notables proportions à mesure que l'opération sera plus hâtive. Il est bien prouvé, en effet, que l'opération est en elle-même dénuée de gravité ; ce qui en assombrit le pronostic, c'est le retard apporté à la faire ; et ce retard est le plus souvent imputable au patient, qui ignorant les dangers de son affection ne recourt au médecin que trop tardivement. Il serait à désirer qu'on puisse toujours lever un étranglement herniaire avant que l'intoxication générale n'ait commencé son œuvre néfaste.

Dr J. TISSOT,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

MÉDECINE PRATIQUE

Le prurit anal.

Le docteur Sabouraud est revenu, ces temps derniers, sur le vieux thème du prurit anal et il nous en a donné un traitement nouveau. Ayant eu à soigner un matelot, il apprit de lui que cet homme, pour calmer ses démangeaisons, se badigeonnait l'anus et le périnée avec du galipot, c'est-à-dire avec du vulgaire goudron de bateau. Après expérimentation, M. Sabouraud reconnut l'efficacité réelle du goudron et il en préconise maintenant l'emploi, à parties égales avec de la lanoline quand les tissus sont normaux ou à peu près, au quart quand il y a des écorchures, fissures, lésions de grattage.

Chemin faisant, M. Sabouraud répète, après tous les auteurs, qu'il faut considérer la constipation habituelle comme un des facteurs les plus importants parmi ceux, et ils sont légion, qui déterminent d'habitude le prurit anal. Sur ce point, il convient de faire des réserves et d'admettre de nombreuses exceptions. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des malades atteints de diarrhée acide et qui se plaignent d'un prurit anal qui n'est que la conséquence de leur diarrhée. En cette occurence, l'emploi du peroxyde de magnésium en pilules kératinisées ou glutinisées a le double avantage d'atténuer considérablement et même de faire disparaître d'une facon complète, sinon définitive, et la diarrhée et les démangeaisons.

D'après Brocq, le prurigo, dont le prurit anal est une des manières d'être, serait le résultat d'un métissage de lymphatisme, d'arthritisme et de nervosisme. Deux de nos malades, le père et la fille, qui sont arthritiques, lymphatiques et nerveux, ont vu leur prurit anal disparaître à la suite d'une cure de raisins en même temps que leur état général s'améliorait grandement. Nous entendons parler d'une cure de raisins frais faite dans les vignes en compagnie de vendangeurs.

La résurrection du petit lait.

Voilà bientôt vingt ans que le professeur P. Carles, de Bordeaux, appelait de ses vœux la résurrection du petit lait. Il semble bien que sa voix n'a pas été entendue. Le képhyr, le Koumys, la maïa bulgare, le babeurre, ont eu chacun leur moment de gloire. Le petit lait n'est resté qu'un souvenir historique après avoir été, il y a cinquante ans, un des agents galéniques les plus employés en thérapeutique.

Mérite-t-il l'oubli dans lequel il est tombé ?

Rappelons d'abord que, préparé suivant les principes du codex, à chaud et à l'aide de l'acide citrique, il contient pour 1000 grammes :

Sucre de lait	57
Lactopeptone	4
Lactate et citrate de soude.........	3

Autres sels du lait : phosphate et chlorures 3.

Si on laisse de côté les peptones, phosphates et chlorures dont les propriétés sont trop connues pour qu'on en parle, on constate avec étonnement que l'indifférence médicale pour le petit lait s'est surtout accrue à l'époque où, du haut de la tribune de l'Académie de Médecine, (mai 1889), Germain Sée proclamait que l'ingestion de 100 gr. de lactose déterminait une diurèse énorme. Or, les lactoses du commerce, quoique livrées en masses cristallines, sont souvent impures ; elles sont relativement chères ; leur solubilité dans l'eau est lente et leur conservation en solution aqueuse étendue est de courte durée. De plus, au point de vue de la saveur et surtout de la tolérance stomacale pour un régime tant soit peu prolongé, la supériorité du petit lait n'est pas contestable.

Notons enfin dans le petit lait la présence du lactate et surtout du citrate de soude que Variot utilise avec succès contre l'intolérance gastrique des nourrissons, que Mathieu emploie contre les douleurs gastriques des hypersthéniques, que Lacheny préconise contre les pituites matinales et les vomissements pituiteux des alcooliques. Ce sel, dit le Dr Lacheny, ne se conserve pas en solution. Donc, employons, quand nous le pouvons, le petit lait.

Et la conclusion rationnelle est que, au nom de la composition chimique du petit lait, à une époque où l'on peut dire du citrate de soude qu'on en a mis partout, le vœu suivant du professeur P. Carles semble bien plutôt être d'hier que d'il y a vingt ans : « Que les cliniciens méditent tout cela et nous avons confiance qu'avant peu nous assisterons ensemble à la résurrection du petit lait ».

Dr L. VIAUD.
(Agon-Coutainville.)

THÉRAPEUTIQUE

Sur un moyen pratique de réaliser l'antisepsie puissante et sans dangers par une production permanente d'oxygène naissant.

Quel médecin, à l'heure actuelle, n'a pas eu recours à l'Antisepsie par l'oxygène ? Et quel est celui qui ne reconnaisse pas à ce corps chimique une action germicide puissante et un pouvoir kératoplastique réel ? Et cependant l'oxygène, qu'il soit fourni par l'eau oxygénée ou les perborates, possède un grand inconvénient. Il agit d'une façon passagère, momentanée, et nous oblige encore, après son application, à recourir aux pansements antiseptiques à demeure.

On s'est donc préoccupé de savoir par quel moyen commode et sans danger, il serait possible au médecin de réaliser, par l'oxygène naissant, l'antisepsie progressive et permanente des plaies infectées, et nous devons à un chimiste français, M. Bailleul, de Lille, la solution de cet intéressant problème.

S'appuyant sur ce principe bien connu de la chimie biologique, *qu'une quantité infiniment petite de ferment peut déterminer des transformations chimiques infiniment grandes*, M. Bailleul a cherché le moyen d'obtenir, avec un minimum de substance inoffensive donnée, une production maxima d'oxygène naissant. Il a pensé au Vanadium, substance oxydante de premier ordre, et en combinant au deutochlorure de méthyle sodique un sel nouveau du Vanadium, il a obtenu le trioxychlorométhyle de Vanadium, qu'il appelle plus commodément : « Anios ».

Ce corps nouveau est un véritable ferment producteur sans arrêt d'oxygène. Mis au contact des matières organiques ou des bactéries, il leur abandonne cette substance, qui développe immédiatement son pouvoir antiseptique. Or, fait extrêmement remarquable, le Vanadium ne saurait s'affaiblir, car il emprunte au deutochlorure et à l'air atmosphérique la quantité d'oxygène qu'il a perdue. Et comme ces phénomènes chimiques se reproduisent sans cesse par la force naturelle du Vanadium, il en résulte une production continuelle et progressive d'oxygène naissant. Ainsi se trouve réalisée l'imprégnation constante des tissus infectés.

L'Anios représente donc un réel progrès thérapeutique et il s'annonce actuellement comme l'antiseptique de choix.

Séduit par cette théorie, et encouragé aussi par l'affirmation que le trioxychlorométhyle de Vanadium est absolument sans causticité pour les tissus, sans aucune toxicité pour l'organisme, sans odeur, qu'il n'oxyde pas les instruments et ne tache pas le linge, nous l'avons utilisé dans 5 cas de plaies contuses fortement infectées. Nous nous sommes servi de la solution qui représente le pouvoir antiseptique absolu, la solution à 2%. Il suffit, pour l'obtenir, de verser dans un litre d'eau bouillie le contenu d'une division des flacons d'Anios. La réparation de ces plaies infectées a été vraiment surprenante. La suppuration a diminué en quelques jours et la membrane granuleuse s'est rapidement développée. Sans aucun doute l'Anios est doué d'une action excitante cellullaire remarquable, c'est un réel kératoplastique. Dans plusieurs observations d'ulcère atone, de brûlure, d'otite suppurée, de bubons ouverts, des effets analogues se sont produits et nous avons plusieurs fois constaté une action désodorisante certaine. La même solution (qui peut aussi être dédoublée) donne de bons résultats pour les injections vaginales. Dans beaucoup d'autres plaies suppurantes, nous nous sommes très bien trouvé de saupoudrer d'abord les lésions avec la poudre d'Anios et de placer ensuite un pansement humide à la solution à 2 %.

En somme le trioxychlorométhyle de Vanadium n'est pas absolument un antiseptique nouveau puisqu'il fait appel à l'oxygène. Mais il représente une forme nouvelle, et cette fois fort heureuse, de l'antisepsie par l'oxygène naissant. Il exalte en effet au plus haut point et sans le moindre inconvénient, les vertus germicides, kératisantes et antiputrides de cette substance, en ce qu'il la répand sur les plaies infectées d'une façon régulière et surtout permanente.

Il nous a paru intéressant d'appeler, par cette simple note, l'attention des praticiens sur le trioxychlorométhyle de Vanadium parce qu'il reprend la marche en avant de l'antisepsie chirurgicale que le sublimé, l'iodoforme, l'acide phénique et même l'oxygène tel que nous l'utilisions n'arrivaient pas à constituer avec toutes les conditions désirables.

Dr Le Bourin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Diplôme d'Université et diplôme d'Etat, situation faite aux médecins étrangers naturalisés.

Commentaire du décret du 29 *décembre* 1906.

Par décret présidentiel en date du 29 décembre 1906, mais paru au *Journal officiel* le 5 janvier 1907 seulement, la situation des médecins de nationalité étrangère devenant Français par naturalisation a été précisée.

Quelle était la situation de ces médecins avant ce décret ?

Examinons d'abord la situation des médecins étrangers non naturalisés. Pour ceux-ci, la loi de 1892, réglementant l'exercice de la médecine en France, était extrêmement libérale. Ils étaient soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français, mais d'après l'article 7, il pouvait leur être acccordé : soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger. Or, on sait combien il est difficile d'estimer l'équivalence d'un diplôme ou d'un certificat étranger. Comme la loi de 1892 n'impose pas, pour exercer la médecine, la condition d'être Français, il en résulte que les étudiants étrangers étaient favorisés au

détriment des nationaux, puisqu'ayant obtenu, grâce à un papier d'interprétation souvent impossible, les dispenses du baccalauréat, d'un ou plusieurs examens, d'une ou plusieurs périodes de scolarité, il leur était possible de s'établir médecins en France plus rapidement, à moins de frais, et par suite avec beaucoup moins de capacité scientifique que les Français.

Or, le fait suivant se produisait souvent. Des étrangers venus en France pour étudier la médecine avec l'intention de retourner dans leur pays, le diplôme de docteur une fois obtenu, séduits par les conditions de la vie et de l'exercice de la médecine dans notre pays, s'y fixaient et grossissaient le nombre déjà considérable des médecins praticiens.

A cet état de choses a tenté de remédier le *décret du* 21 *juillet* 1897 instituant deux diplômes de docteur en médecine désignés sous les noms de : 1° *diplôme d'Université*, et 2° *diplôme d'Etat.*

Les étrangers seuls pouvaient postuler le premier. Il ne leur donnait pas le droit d'exercer en France et constituait simplement une manière de certificat attestant que le titulaire avait fait des études complètes de médecine en France et avait été jugé digne de coiffer le bonnet doctoral.

Le programme de ce doctorat *honoris causâ* était réglé par le Conseil des Universités, et les dispenses ou équivalences étaient, pour le remplir, largement admises.

Pour exercer la médecine en France il restait toujours nécessaire de posséder le diplôme d'Etat.

Mais cette innovation n'arrêta pas le désir de nombre d'étrangers de se fixer en France, elle le favorisa au contraire. En effet, grâce à une naturalisation facilement obtenue, ces étrangers demandèrent la transformation de leur diplôme d'Université en diplôme d'Etat, et grâce à une méconnaissance absolue du décret du 21 juillet 1897 ils y parvinrent. Ce décret stipule (art. 15) que les titres, d'ordre exclusivement scientifique, institués par les Universités, ne *peuvent en aucun cas être déclarés équivalents aux grades* décernés par l'Etat. Nonobstant cette disposition très précise, des diplômes d'Université furent transformés en diplômes d'Etat et, c'est M. Debove qui le dit, « en quelques semaines le tour était joué ». De sorte qu'arrivés à l'âge de l'exercice fructueux de la médecine, ces étrangers se faisaient naturaliser, échappaient au service militaire comme ils avaient échappé au baccalauréat, obtenaient leur diplôme de docteur avec des dispenses souvent considérables et s'établissaient médecins en France.

Il est à noter que ce sont ces « arrivistes » nouvelle manière qui ont concurrencé le plus déloyalement nos compatriotes dans presque tous les endroits où, par suite de désaccord avec les mutualistes ou les municipalités, les médecins de la région ont organisé une résistance solidaire.

L'état de choses qui organisait ainsi un si grand avantage au profit des médecins d'origine étrangère était donc particulièrement abusif. Les réclamations éclatèrent de toutes parts et, sur la proposition de M. Debove, le Comité consultatif de l'enseignement supérieur entreprit d'y porter remède.

Mais si, appliquant dans tout son esprit et dans sa lettre le décret du 21 juillet 1897, l'autorité compétente refusait de transformer le diplôme d'Université en diplôme d'Etat, quelle était donc la situation des étrangers titulaires de ce diplôme d'Université et *s'étant fait naturaliser* ? Leur situation était nette : ils étaient possesseurs d'un diplôme qui ne leur était d'aucune utilité. L'exercice de la médecine leur était interdit et force leur était de recommencer leurs études, scolarité et examens, pour parvenir au diplôme d'Etat.

Cette obligation peut se défendre. Aux yeux d'un certain nombre de confrères elle serait justifiée par un sentiment légitime de protectionnisme professionnel.

Je vais cependant démontrer que, si l'on se place à un point de vue plus général, elle eût été injuste, car elle eût créé aux naturalisés, vis-à-vis des non-naturalisés (et, ne l'oublions pas, la naturalisation n'est nullement nécessaire pour l'exercice de la médecine en France), une situation désavantageuse.

En effet, considérons un étudiant étranger qui veut se fixer en France et qui, réunissant les conditions exigées pour cela, obtient sa naturalisation, ou bien même une étudiante de nationalité étrangère qui trouve à se marier avec un de nos compatriotes et qui, de ce fait, acquiert la qualité de Française. Ils sont titulaires du diplôme d'Université et veulent posséder le diplôme d'Etat.

Leur premier mouvement est de recourir à l'article 7 de la loi de 1892 concernant les étudiants étrangers et leur concédant des avantages, mais ils ont tôt fait de s'apercevoir que cet article 7 ne leur est plus applicable puisqu'ils sont devenus Français ; ils ne peuvent donc plus bénéficier ni de dispenses ni d'équivalences ; les avantages dont ils pouvaient profiter leur ont été enlevés du jour où ils ont perdu leur qualité d'étranger et très rapidement ce docteur ou cette doctoresse *in partibus* arrivent à cette constatation désagréable et illogique que le fait d'être devenus français les a fortement desservis et que, pour parvenir au but qu'ils envisagent, c'est-à-dire à l'exercice de la médecine en France, mieux eût valu pour eux qu'ils fussent restés étrangers.

C'est pour remédier à cet état de choses que le décret du 29 décembre 1906 a été signé. Ce décret est ainsi conçu :

« Art. 1er. — Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire mention « médecine », pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis de la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à postuler, avec dispenses partielles, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences.

« Art. 2. — La dispense d'examen ne pourra en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

« Les épreuves subies au titre universitaire et pour lesquelles le candidat n'aurait pas obtenu des notes jugées suffisantes par le Comité devront être subies de nouveau ».

Il est bien certain qu'à la lecture de ce décret, un nouvel illogisme apparaît et c'est pourquoi certains journaux médicaux ont protesté contre son texte et que le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France a été amené à rechercher des explications à son sujet. Il apparaît tout de suite que les étudiants étrangers devenus Français sont favorisés au détri-

ment des étudiants Français de naissance, puisque, pour obtenir le diplôme d'Etat, ils sont appelés à profiter d'équivalences et de dispenses que ces derniers ne sauraient obtenir.

Mais on comprend néanmoins la pensée du législateur, qui ne veut en aucun cas que la naturalisation soit une condition désavantageuse et comporte une mise en infériorité du candidat qui la recherche, en regard de celui qui peut s'en passer.

La rédaction du décret du 29 janvier 1906 est donc commandée par celle de l'article 7 de la loi de 1892 et, tant que celle-ci n'aura pas été remaniée, il faudra la subir, même avec les conséquences désavantageuses qu'elle peut avoir pour nous.

Il semble donc que le corps médical doive accepter sans contestation le décret en question. C'est d'ailleurs l'avis du Conseil judiciaire de l'Union, M. Emile Perrin, avocat au Conseil d'Etat.

Un recours nous est donné néanmoins contre ce que les dispositions nouvelles pourraient avoir d'abusif. Il est-dit, en effet, dans le décret du 21 décembre, que les médecins et les étudiants en médecine étrangers pourront, en cas de naturalisation être autorisés à postuler avec dispenses partielles, etc., *après avis de la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public......* C'est donc à cette commission à veiller à ce que les abus qui ont été signalés et qui pourraient devenir des plus sérieux, ne se produisent pas ; c'est à elle de n'admettre aux dispenses qu'avec le plus grand discernement, avec la plus prudente réserve.

C'est aussi vers elle que nous nous sommes tournés, et M. le prof. Cornil, membre de cette commission et président d'honneur de l'Union, a bien voulu répondre à la question que j'ai été lui poser à ce sujet. Il m'a affirmé que la Commission était disposée à n'accepter les dispenses qu'avec une extrême parcimonie ; en principe, m'a-t-il dit, les étrangers naturalisés, porteurs du diplôme d'Université devront repasser *tous les examens demandés pour le diplôme d'Etat.*

Dans ces conditions, l'arbitraire créé nécessairement par le décret du 29 janvier 1906, disparaît à peu près complètement.

La situation cependant est assez précaire, puisqu'elle dépend exclusivement des bonnes dispositions d'une Commission dont les membres peuvent changer. Il me semble donc possible, puisqu'un prochain Congrès est appelé à étudier cette question, qu'il émette un vœu en faveur de la révision de l'article 7 de la loi de 1892. Cette révision s'impose. L'article 7, en effet, crée au profit des étudiants étrangers une situation privilégiée. Cette situation devient une injustice flagrante quand ces étrangers s'établissent en France, ce qui se produit fréquemment.

Il est bon de rappeler, d'ailleurs, que le 9 juin 1896, la Chambre des députés vota un ordre du jour accepté par le gouvernement, invitant le Ministre de l'instruction publique à déposer un projet de loi sur la situation des médecins et des étudiants étrangers en France.

Cette invitation est toujours restée sans réponse et je crois avoir démontré que les décrets qui se sont efforcés, depuis cette époque, d'éclaircir la question se sont toujours heurtés à un état de choses défectueux créé par la loi de 1892.

La revision de l'article 7 a d'autant plus de raisons d'être faite que les dangers résultant de la pullulation des étrangers médecins en France, dangers qui pouvaient être considérés comme inexistants lorsqu'a été votée la loi de 1892, sont certainement plus appréciables aujourd'hui.

R. MILLON.

(*Revue internationale de médecine et de chirurgie*).

Le secret médical et l'impôt sur le revenu.

A la dernière assemblée générale du Concours, la question de l'impôt sur le revenu ayant été discutée dans ses rapports avec le secret médical, tous les confrères présents ont constaté l'impossibilité absolue de livrer les secrets de nos clients aux agents du fisc. Conclusion logique : notre déclaration est la seule base possible d'évaluation de nos revenus professionnels.

Un peu plus tard, le Dr Grimault, dans le *Concours* (no du 23 décembre 1906) déclare qu'à son avis nous devons présenter au fisc notre comptabilité, mais en ayant soin de la tenir en deux parties. Seraient portés sur l'une les détails médicaux devant rester absolument secrets et sur l'autre, destinée à être produite au jour, seulement les sommes dues.

Notre confrère ensuite réclame des objections, s'étonne qu'une idée si simple ne soit venue à l'esprit de personne.

Pardon mon cher confrère, cette idée si simple est bien venue à tout le monde ; elle n'a cependant pas été discutée parce que tout le monde apercevait l'objection décisive, irréfutable.

Pourquoi le fisc veut-il vérifier notre comptabilité. Bien évidemment pour s'assurer de la sincérité de nos déclarations.

Mais comment vérifier une comptabilité dont il ne peut se faire présenter qu'une partie. La vérification dans ces conditions ne peut être qu'une simple formalité, illusoire et vexatoire. Au fisc, elle ne prouvera aucune garantie, pour nous elle entraînera des ennuis, des pertes de temps désagréables même pour ceux qui n'ont pas « hâte de quitter leur cabinet pour aller jouer aux cartes ou au billard avec des tailleurs ou des cordonniers. »

Bien plus, aucune méthode de comptabilité ne peut obliger ceux d'entre nous qui ne le voudraient pas à inscrire tout leur comptant. Je laisse de côté les caisses enregistreuses distribuant des tickets avec prime ou sans prime ne supposant pas que notre confrère aille jusqu'à les réclamer pour nous.

La question est de plus en plus d'actualité, puisque la Commission de la Chambre vient d'accepter l'article 53 du projet d'après lequel nous devons faire dans le courant de janvier, chaque année « une déclaration détaillée de notre revenu professionnel, accompagné de toutes les justifications nécessaires pour en établir l'exactitude ».

Il résultera de cet article une fois voté que si nous ne produisons pas toute notre comptabilité médicale, nous serons taxés à la fantaisie des agents du fisc, ce qui n'existe plus dans aucun pays civilisé. Voilà ce qu'exige le ministre des finances approuvé par tous ses collègues, le ministre de la justice compris.

Et cependant si nous produisons notre comptabilité intégrale avec tous les détails qu'elle exige et si un seul client adresse une plainte contre nous, le même ministre de la justice par l'organe de ses procureurs, s'empressera de réquerir contre

nous l'application de l'article 378 du Code pénal. 100 à 500 francs d'amende, un à 6 mois de prison, tel est le tarif de la violation du secret professionnel.

N'est-ce pas,ici encore,un bel exemple de cette incohérence avouée en un autre circonstance par le chef même du gouvernement actuel.

Les adversaires de l'impôt sur le revenu prétendent que sous prétexte de réaliser un progrès on aboutira simplement à ressusciter la taille de l'ancien régime, un des plus odieux abus supprimés par la Révolution.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette affirmation, mais on est obligé de constater que la production intégrale de notre comptabilité entraînant la suppression du secret médical nous ramènerait non pas à l'ancien régime, mais aux temps les plus reculés de la période historique, à ceux qui précèdent le serment d'Hippocrate.

Il est à espérer que nos représentants s'en rendront compte.

Cependant, s'il n'en était rien, le fisc doit bien savoir que jamais nous ne lui dévoilerons les secrets de nos clients.

Malgré n'importe quelle loi, jamais il n'obtiendra autre chose qu'une communication partielle de notre comptabilité.

Ce sera bien en somme ce que réclame le Dr Grimault, mais subi comme une pénible nécessité.

Puisse l'intervention des défenseurs attitrés du corps médical lui épargner cette fâcheuse éventualité.

Dr E. Dupont,
Villiers-Saint-Georges.
(S.-et-M.).

Les abus de l'hospitalisation

Souvent discutée, cette question de l'invasion des hôpitaux par les riches n'a encore reçu aucune solution. Les lits destinés aux miséreux y sont toujours occupés en grande partie par une clientèle toute différente. Les deniers que versent les contribuables à l'Assistance publique arrivent souvent à un but tout autre que celui auquel ils sont destinés.

Nous avons souvent crié contre ces abus, nous qui sommes doublement lésés, comme médecins et comme contribuables, mais nos plaintes n'ont pas éveillé d'échos et comme par le passé de nombreux riches continuent à usurper des soins que la charité doit donner aux seuls malheureux.

L'Assistance publique a paru dernièrement s'émouvoir d'un tel état de choses. M. Mesureur a rédigé et fait placarder à l'entrée de tous les services un avis spécifiant bien que, seuls, les malheureux avaient droit aux hôpitaux, mais trois ou quatre jours après on pouvait en vain le chercher dans la plupart des hôpitaux. *Il était déjà recouvert d'autres placards indiquant* soit l'heure d'un cours, soit la date d'un examen. Le beau geste de M. Mesureur était arrêté. Les riches ne risquaient déjà plus de voir en passant le rappel à la pudeur.

Et cependant il est bien motivé cet essai de M. Mesureur de réagir contre cet envahissement continuel et progressif de nos établissements hospitaliers.

Qu'on en juge ! Dans le courant du mois de janvier et dans un seul service chirurgical qu'il nous a été permis de voir, il a été donné 1640 *consultations*, il y a eu 146 *entrées*, on a pratiqué 90 *opérations* chirurgicales. Comment l'administration peut-elle croire que, malgré tout le zèle dont il est capable, un chef de service peut chaque matin assumer la responsabilité de passer la visite à tous les malades en traitement, pratiquer trois ou quatre opérations chirurgicales et donner plus de cinquante consultations ?

Il est vrai que dans ce nombre sont compris les malades dits payants qui moyennant une somme de quatre francs par jour peuvent se regarder comme libres de toute reconnaissance et vis-à-vis de l'assistance et vis-à-vis du chirurgien ou du médecin. Ils payent. N'est-ce pas honteux de voir ce petit commerce de l'assistance ? Les hôpitaux ont été créés pour les miséreux. La charité doit être complète ou ne pas être. Si cependant M. Mesureur tient à faire du négoce, qu'il paie patente et qu'il équilibre les budgets ou ses magasins de vente. Que les miséreux et les riches, que ceux qui reçoivent l'aumône et ceux qui sont censés payer aient un compte à part, et que les premiers ne voient pas l'argent à eux seuls destiné servir à payer l'excédent des dépenses des seconds. C'est qu'il n'est pas léger cet excédent. Prix de vente d'un pansement : 0,75 centimes ; prix de revient, 3, 4 francs, quelquefois cinq ou six. Prix de vente d'un jour de séjour : 4 francs ; prix de revient à l'assistance : de onze à vingt francs.

Aussi nombreuse est cette clientèle et dernièrement l'administration constatait que les malades payants *occupaient en moyenne plus du tiers des services*. Pensez-donc : 4 francs pour être logé, nourri, blanchi, chauffé, éclairé et recevoir de plus tous les jours la visite d'un médecin ou d'un chirurgien. On comprend aisément que la belle L. P... soit restée deux mois en traitement à Beaujon à la suite de son accident d'automobile, que M. B..., le financier du XVIe se soit fait opérer à Lariboisière, que M. Led...., architecte ait fait opérer sa femme à Boucicaut, et que M. X. le sympathique auteur dont les pièces ont eu grand succès dans les théâtres des boulevards ait voulu faire admettre son fils à Bretonneau pour y subir une opération.

L'Assistance exulte de ce succès commercial et pour prouver à sa clientèle qu'elle veut vendre beaucoup et vendre bon marché, elle vient d'agrandir ses magasins en créant vingt-cinq lits nouveaux pour enfants à la maison Dubois, cet établissement qui coûte si cher au contribuable et dont on avait presque promis la fermeture au corps médical.

Quelle revue à faire que de relever tous les trucs employés par les riches pour arriver à voler les lits des pauvres et les faibles moyens dont disposent les chefs de service pour enrayer cette invasion. Mais d'ores et déjà nous croyons avoir établi chiffres en main la nécessité qu'il y aurait de supprimer les lits payants des hôpitaux et de rendre aux nécessiteux ce qui leur est complètement dû. Tout le monde s'en trouverait mieux. L'assistance aurait moins à payer, les salles des hôpitaux seraient moins encombrés de brancards, les malades y seraient mieux soignés ; les chirurgiens moins surmenés à l'hôpital retrouveraient les justes honoraires qui leur sont dus, les praticiens ne verraient plus leur prix des services rendus à leurs malades honteusement comparés aux prix de rabais payés à l'Assistance, ce qui arrive maintenant couramment à nos opérateurs.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Un concordat.

Villeneuve-sur-Lot, 17 mars 1897,

Mon cher confrère,

Je vous communique le traité que nous venons de signer avec les Sociétés de secours mutuels de notre ville et la copie d'un jugement que j'ai obtenu devant le juge de paix !

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots notre histoire :

Le 21 janvier 1906, le *Concours médical* a publié la circulaire que nous adressions aux S. S. M. et dont l'esprit était celui-ci :

1° « Les mutualistes doivent payer les mêmes honoraires que les non-mutualistes, pour des situations de fortune équivalentes ».

2° Si les Sociétés effectuent le paiement intégral tous les mois aux médecins de leurs honoraires, elles auront droit à une remise de 10 %. »

A cette circulaire adressée en mars 1906 à nos Sociétés, nous demandions une réponse pour *le* 15 *mai*.

Notre acte produisit une indignation générale des mutualistes ! Une Société vota même un « blâme » aux médecins. Il y eut une courte et vive polémique dans les journaux de la région.

On déclara qu'on allait faire venir *deux* médecins, créer une pharmacie mutualiste, etc., etc. Les médecins étaient trouvés, les fonds prêts !

Mais on ne nous donna aucune réponse ! Ni le 15 mai, ni fin juin, ni fin juillet, ni fin août !.. C'était la force d'inertie !

Fatigués d'attendre, nous avons fait, le 1er septembre, *signifier par huissier* à tous les présidents des sociétés qu'à partir de ce jour nous appliquerions notre tarif.

Cette fois ce fut un *tolle* général ! ! Mais il y eut un résultat. Les Mutualistes se décidèrent à écrire, à répondre, et après quelques difficultés nous sommes arrivés à la convention dont je vous envoie un exemplaire et qui je crois respecte tous nos droits.

La lutte a été longue, vive, pénible ! personnellement, j'y ai laissé pas mal de plumes ! Mais je crois avoir rendu service au corps médical, surtout en prenant assez tôt des mesures pour l'avenir.

Je dois ajouter que des tentatives avaient été faites auprès de quelques-uns de nos confrères pour nous diviser ; elles sont restées sans résultat. Grâce à notre union, nous sommes arrivés à une entente honorable pour les deux partis.

J'ajoute encore que sur ma proposition, nous avons officiellement avisé les agents des Cies d'assurances-vie qu'à l'avenir nous ne passerions pas de visite pour les contrats-vie à moins de vingt francs.

Si vous le jugez utile, faites connaître ces résultats aux autres confrères qui se défendent pour que cela les encourage.

Bien confraternellement,

Dr A. Guy.

SIGNIFICATION.

L'an mil neuf cent six et le premier septembre. A la requête du syndicat médical du Lot-et-Garonne, (groupe de l'arrondissement de Villeneuve-sur-Lot). poursuites et diligences de M. le docteur Guy demeurant à Villeneuve-sur-Lot, agissant comme délégué du syndicat.

J'ai, Raymond Tallet, *huissier audiencier près le tribunal de Villeneuve-sur-Lot, y demeurant, soussigné,*

Notifié et déclaré à M. Camille Calmel, demeurant à Villeneuve-sur-Lot, président de la Société de secours mutuels de Saint-Jérôme,

Que les médecins de l'arrondissement de Villeneuve-sur-Lot, réunis le douze décembre 1905, ont, après mûre délibération, décidé d'une façon définitive, en ce qui concerne toutes les sociétés de secours mutuels de l'arrondissement de Villeneuve, que :

En tout ce qui touche au service médico-chirurgical de ces sociétés, les honoraires seront établis d'après le tarif ouvrier de l' « Union des syndicats médicaux de France ». Ce tarif a été publié dans le Bulletin officiel de l'Union des syndicats médicaux de France du 5 novembre 1904.

La seule concession faite est celle-ci : dans le rayon de l'octroi, le prix de la visite sera égal au prix de la consultation ; il n'y aura pas d'indemnité de déplacement. En dehors de l'octroi, l'indemnité de déplacement sera de vingt-cinq centimes par kilomètre parcouru.

C'est dire que les médecins n'acceptent que le paiement à la visite, avec liberté entière pour le malade de choisir son médecin.

Bien entendu, ce tarif ouvrier ne s'applique qu'aux *seuls membres des sociétés de secours mutuels que leur situation de fortune rend vraiment dignes des avantages de la mutualité*, c'est-à-dire à ceux-là mêmes à qui le tarif ouvrier serait applicable dans la clientèle ordinaire.

Mais, la loi sur les mutualités n'ayant pas fixé d'une façon précise les conditions sociales qui devraient distinguer les membres honoraires et les membres participants, bien des personnes aisées, font partie des mutualités, malgré la circulaire Barthou, à titre de membres participants. A ces mutualistes, le corps médical appliquera le tarif de l'Union des syndicats médicaux de France, correspondant à leur situation de fortune, de la même façon et d'après les mêmes principes que cela se pratique dans la clientèle ordinaire.

Les médecins sus-désignés s'interdisent d'entrer en pourparlers avec les mutualités, d'accepter d'elles aucun mandat, aucune fonction en dehors du Syndicat médical qui seul a toute qualité pour traiter avec les mutualités par l'intermédiaire de son délégué. Les médecins déclarent que ces décisions, prises après un an de réflexion, sont irrévocables.

Les résolutions ci-dessus ont été prises, approuvées et signées par MM. les docteurs : Vergne, Winkler, Adoué, Bézy, Biau, Brousse, Brugère, Célerier, Cornet, Couyba, Daraignez, Roqueplo, Delbrel, Dieudé, Fauvel, Ducasse, Dufau, Fourcade, Giraud, Girou, Guy, Issoulier, Roudié, Lavergne, Le Brigant, Martin, Molinéri, Morange, Mourgues, Paganael, Prat, Recourt, Trifaud, Mouly, Cédié, Salban afin que M. Calmel n'en ignore

Sous toutes réserves — Dont acte — Et j'ai audit M. Calmel ès qualité en son domicile remis et laissé copie du présent, parlant à sa personne.— Coût : six francs 50. Timbre de la copie valant 60 centimes.

R. Tallet.

Enregistré à Villeneuve-sur-Lot le trois septembre 1906. F. 16. C. 34. Reçu deux francs 50, décimes compris.

CONVENTION

Entre la Société de secours mutuels de Villeneuve-sur-Lot et les médecins de cette ville, il a été convenu ce qui suit :

Les membres de la Société de secours mutuels recevront des médecins tous les soins que nécessitent

leur état de santé ; il seront absolument *libres de s'adresser au médecin de leur choix*, et toute entrave à cette liberté de conscience pourra être considérée comme un préjudice causé au malade et au médecin.

2° Pour faciliter la comptabilité et le contrôle nécessaire aux Sociétés de secours mutuels, le médecin traitant transcrira ses prescriptions sur la feuille de maladie délivrée à cet effet et pour laquelle on pourra étudier une disposition plus commode.

3° Le médecin pourra alors, et si la Société le désire, indiquer sur la feuille de maladie disposée pour cela, si le malade doit garder le lit, la chambre, peut sortir, peut reprendre son travail.

4° La Société aura le droit, comme le patron dans la loi sur les accidents du travail, de faire visiter le malade par un médecin qu'elle choisira, à condition de *prévenir le médecin traitant par écrit* afin qu'il s'entende avec son confrère pour assister à la visite. Il sera alloué le prix d'une visite double au médecin désigné qui remettra un court rapport sur l'état du malade.

5° Pour l'admission d'un candidat, la Société aura le droit de faire examiner ce candidat par un médecin choisi par elle en présence du médecin choisi par le malade. Il sera établi un certificat signé *toujours* de deux médecins et envoyé sous pli cacheté au Président de la Société. Le malade devra se présenter au cabinet du médecin désigné qui recevra pour ses honoraires intégraux la somme de quatre francs.

6° Pour les soins donnés aux malades mutualistes, les médecins établiront leurs honoraires en prenant pour base et comme minimum le tarif Jeanne, de l'Union des syndicats médicaux, en tenant compte de la situation de fortune du malade et de la gravité du cas. Etant donné le peu d'étendue de la ville, il ne sera pas perçu d'indemnité de déplacement dans le rayon de l'octroi ; hors l'octroi, il sera perçu une indemnité de vingt-cinq centimes au minimum par kilomètre parcouru.

Chaque mois, la Société versera au médecin intéressé la somme de *un franc cinquante* centimes pour *chaque examen* du malade à titre d'*indemnité partielle*.

Pour la petite chirurgie telle qu'elle est comprise dans le tarif Jeanne, la Société donnera à titre d'indemnité partielle la moitié du prix fixé au tarif Jeanne, le reste demeurant à la charge du malade. Pour la chirurgie courante et la grande chirurgie, la Société ne donnera jamais qu'une seule indemnité de dix francs, le reste demeurant à la charge du malade.

La différence entre l'indemnité versée par la Société et le chiffre total des honoraires devra être payée directement par le malade au médecin *quand celui-ci la réclamera*.

Le Président de la Société communiquera ces conventions aux membres présents ou futurs de la Société ; en tout cas, aucun ne pourra exciper de son ignorance pour se refuser à payer ce complément d'honoraires. Si malgré tout quelque mutualiste s'y refusait obstinément, le corps médical, avant d'intenter des poursuites judiciaires, essaierait une dernière tentative de conciliation en signalant le fait au Président de la Société, qui d'ailleurs ne devra user que de persuasion et non d'autorité vis-à-vis du mutualiste.

Dans ces conditions, les médecins prennent l'engagement (sans toutefois jamais négliger l'intérêt des malades qui doit être leur règle absolue) d'éviter les *prescriptions pharmaceutiques inutiles*, les *formes médicamenteuses trop onéreuses*, les *médicaments de luxe*. Mais si, dans des cas spéciaux, graves ou urgents, pour des raisons fortement motivées dont le médecin peut seul (et nous le regrettons) être le juge compétent, il était nécessaire — à titre exceptionnel — de déroger à cette règle, les médecins n'hésiteront pas à prescrire tout ce qui pourra être utile au malade ; et si alors ces prescriptions n'étaient pas exécutées, ils déclarent ici et une fois pour toutes *dégager toute leur responsabilité* vis-à-vis de leurs malades et de leurs familles pour le dommage qui pourrait en résulter. Bien entendu, le médecin n'apposera sur la feuille de maladie *qu'une seule signature* pour *chaque examen* du malade.

Ces conventions prendraient fin de droit :

1° Si la Fédération nationale Française ou l'Union des Syndicats médicaux de France prenaient une décision différente et générale pour *toute* la France vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels.

2° Si une loi ou un arrêté ministériel fixait les conditions dans lesquelles serait exercé le service médico-chirurgical des mutualités pour *toute* la France.

3° Si l'une ou l'autre des parties n'en exécutait pas les conditions. En cas de contestations à ce sujet, le Président de la Société et un délégué des médecins se réuniraient pour examiner la question et la résoudre pour le mieux ; s'il y avait désaccord, le différend serait soumis à un ou trois arbitres dont un mutualiste et un médecin pris tous hors de la localité.

Chaque Société et chaque médecin n'est engagé que pour son compte personnel et ne sera solidaire des autres que s'il le juge utile à l'intérêt commun.

Les présentes conventions entreront en vigueur le 1er février 1907. Elles seront signées par les membres du bureau de la Société et les médecins. Chaque médecin et chaque Société en recevra un exemplaire. Un exemplaire sera également déposé dans les archives du Syndicat et dans celles de la Société.

Suivent les signatures de tous les médecins et pour chaque Société celles de tous les membres de leur bureau.

Condamnation d'un pharmacien mutualiste.

Nous trouvons dans un journal de Saint-Denis le jugement suivant rendu dernièrement par la 8e chambre du tribunal de la Seine :

« Attendu que la dame Triaud ayant cru s'apercevoir à différents indices que les médicaments qui lui étaient délivrés par la pharmacie mutualiste de St-Ouen ne correspondaient pas aux prescriptions qui les formulaient, déposa le 3 juin 1905 dans la matinée à ladite pharmacie une ordonnance recopiée par le Docteur Raoul, médecin de la Société de Secours Mutuels, après avoir pris soin de la faire photographier;

« Attendu que vers 1 heure de relevée, la dame Triaud se présenta en compagnie de l'huissier Jacqz à la pharmacie où elle pénétra seule ; qu'elle en ressortit peu après tenant ostensiblement une boîte de pilules et deux fioles que l'huissier lui prit aussitôt des mains ;

« Attendu que cet officier ministériel, après avoir constaté que les trois médicaments étaient enveloppés dans un papier neuf et frais dont manifestement on venait de faire usage à l'instant, que la boîte de pilules et les étiquettes des fioles à marque mutualiste se trouvaient dans le même état de fraîcheur irréprochable, mais sans numéro d'ordonnance, divisa chacun des médicaments en plusieurs échantillons qu'il scella, que ces échantillons soumis à l'analyse d'experts furent reconnus, en ce qui concerne les pilules et le sirop formulé, non conformes à l'ordonnance ;

« Attendu que Trantoul, titulaire de la pharmacie, qui n'était pas présent à son officine le 3 juin, pré-

tend pour justifier son remplaçant aujourd'hui décédé paraît-il, qu'il y aurait eu substitution de médicaments en suite d'une machination ourdie contre la pharmacie mutualiste de St-Ouen;

« Mais attendu qu'une pareille hypothèse ne saurait être accueillie, qu'il est impossible d'admettre que la dame Triaud, dont la bonne foi n'est d'ailleurs pas mise en doute, ait pu substituer sous les yeux des deux employés alors présents dans la pharmacie, trois médicaments par elle apportés exprès à ceux qui venaient de lui être remis par l'employé qui la reconduisit lui-même jusqu'à la porte de la boutique après l'avoir servie;

« Attendu qu'il n'y a pas à faire état de ce fait que l'ordonnance n'a pas été retrouvée à la pharmacie, qu'elle ne figure pas sur le registre *ad hoc* d'où elle n'a pas été recopiée et que les préparations ne portaient pas de numéros sur les étiquettes. Qu'il est établi en effet que d'autres ordonnances exécutées à la même pharmacie ne portent aucun numéro et qu'elles ont été restituées à la dame Triaud lors de la livraison des remèdes sans paraître avoir été transcrites ;

« Attendu en conséquence, qu'il est suffisamment établi, par l'instruction et les débats, que le 3 juin l'officine dont Trantoul était à l'époque déjà titulaire a délivré à la dame Triaud des remèdes non conformes à l'ordonnance ;

« Infraction prévue et punie par les articles 32 de la loi du 21 germinal an XI, 2 de l'ordonnance du 8 août 1816 et par l'arrêté du Parlement du 25 juillet 1848 ;

« Faisant application des articles dont lecture a été donnée par le Président, condamne Trantoul a 500 fr. d'amende. Et statuant sur les conclusions de la partie civile ;

« Attendu que par suite du fait ci-dessus relaté, le sieur Triaud a éprouvé un préjudice dont il lui est dû réparation, que le Tribunal a dès à présent les éléments suffisants pour en déterminer l'importance

« Condamne Trantoul par toutes voies de droit et même par corps à payer au sieur Triaud la somme de 100 fr. à titre de dommages-intérêts.

« Le condamne en outre aux dépens, lesquels avancés par le trésor, sont liquidés à cent seize fr. plus cinq francs pour droit de poste.

« Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer pour le recouvrement de l'amende des dommages-intérêts et les dépens. Déclare la partie civile responsable des frais avancés par le Trésor, sauf son recours de droit. »

Ce jugement a été confirmé par la 9e chambre de la cour d'appel le jeudi 14 février 1907 avec rappel des motifs.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Au Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat a eu à intervenir dans les dissentiments survenus entre deux de nos confrères nimois, le docteur Crouzet, maire de Nîmes, et le docteur Vauriot, médecin révoqué du bureau de bienfaisance.

De cette révocation, rien à dire, car elle est le droit strict du maire ; mais les choses n'en restèrent pas là.

Il existe à Nîmes un service médical de nuit organisé par la ville et règlementé par un arrêté municipal. Ce service n'est pas assuré par des médecins rémunérés à l'aide d'un traitement fixe. Ceux qui y participent ne sont pas fonctionnaires. Tous les médecins, toutes les sages-femmes, tous les pharmaciens peuvent y collaborer, à la seule condition de le demander. La liste de tous les médecins ayant consenti à déférer aux réquisitions qui leur seront adressées pendant la nuit est portée à la connaissance du public et déposée dans les commissariats. Les personnes qui ont besoin de soins médicaux immédiats pour elles ou quelqu'un de leur famille peuvent choisir le praticien ; ce n'est qu'à défaut de choix de leur part que le commissaire est appelé à en désigner un sur la liste. Les honoraires sont en principe payés par les intéressés, et à leur défaut, par la ville.

Or, le docteur Vauriot, qui s'était fait porter sur la liste et qui, du temps où il était médecin du bureau de bienfaisance, avait été souvent désigné d'office par le commissaire ou les agents, s'aperçut que les réquisitions le concernant devenaient de plus en plus rares.

C'est alors qu'il apprit que par un ordre de service très confidentiel, le maire avait fait défense aux agents de le requérir. Il apprit également qu'en sa qualité d'ordre très confidentiel l'ordre avait été affiché dans la salle d'attente du commissariat !

Le docteur Vauriot fit constater cet affichage par un huissier et assigna le maire en dommages-intérêts devant le tribunal de Nîmes, alléguant que la mesure prise à son égard lui avait causé à la fois un préjudice matériel et un préjudice moral auprès de sa clientèle. Mais le tribunal et la cour d'appel se déclarèrent incompétents

La Cour de Cassation, estimant que le docteur Crouzet avait agi en sa qualité de maire pour l'administration de la ville et qu'on ne lui imputait aucun fait personnel distinct, jugea également que la mesure incriminée ne pouvait pas être appréciée par l'autorité judiciaire.

C'est alors que le docteur Vauriot porta sa demande d'indemnité devant la juridiction administrative.

Mais le conseil d'Etat a apprécié l'affaire d'une façon qui diffère jusqu'à un certain point de la manière de voir de la Cour de cassation. La haute juridiction administrative a estimé en effet que les faits articulés par le docteur Vauriot à l'appui de sa demande en indemnité constitueraient, s'ils étaient établis, des fautes personnelles du docteur Crouzet et dont, à ce titre, il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire de connaître.

C'est donc le tribunal des conflits qui dira le dernier mot dans cette affaire.

Les membres du « Sou médical » qui se tiennent bien au courant des actes de cette Société, reconnaîtront dans le récit de notre confrère une des affaires soutenues par elle devant toutes les juridictions, au prix de plusieurs milliers de francs avec la ténacité qui la caractérise quand elle lutte pour une question de principes, dans l'espèce, la tendance des administrations à tomber vis à vis de nous dans l'arbitraire.

Derrière le Dr Vauriot, nous marchons vers le tribunal des conflits qui nous conduira ensuite ailleurs au prix de nouvelles dépenses.

Et des milliers de confrères marchandent leur cotisation à une Société qui tient ainsi ses promesses d'antan.

H. J.

(*Courrier médical*).

CORRESPONDANCE

Le repos hebdomadaire du médecin

Mitry-Mory, le 27 mars 1907.

Mon cher confrère,

Je vous envoie la copie de la lettre que je viens d'adresser à M. le Dr Leredde, secrétaire général du Congrès des praticiens. Je crois que l'idée d'un repos hebdomadaire *relatif* pourra intéresser nos confrères et, avec la grande publicité médicale de notre vieux *Concours*, la motion que je voudrais présenter au Congrès,sera connue d'avance par nombre de congressistes qui pourront ainsi se faire une opinion et ne pas être pris au dépourvu.

« Mon cher confrère,

« Avec mon ami et président le Dr Charpentier, j'ai eu l'honneur,à la dernière réunion de notre syndicat de l'arrondissement de Meaux, qui comprend une cinquantaine de membres, d'être nommé délégué au Congrès des praticiens. Or, bien que le programme n'annonce que deux questions à débattre, j'aurais l'intention, à côté de ces deux grands carillons, de faire sonner une petite clochette, à propos d'une question pratique, par excellence, celle du *repos hebdomadaire.*

Celle-là, ne dépendant que de *nous-mêmes*,nous apporterait un avantage *immédiat* et nous pourrions ainsi, sans l'intervention d'aucun forceps gouvernemental, mettre au monde, non plus un *vœu*, mais un enfant vivant..... et viable.

Après quelques considérants, quelques explications pour lesquels je ne demande que cinq minutes, au plus,voici la motion que je déposerais sur le Bureau, et pour laquelle je demanderais soit un vote acquis, soit, en cas de refus, une prise en considération afin que la question fût reprise, cette année même, dans les réunions des associations ou syndicats de médecins qui se font généralement au printemps, en notre douce France.

Motion. — L'Assemblée nationale des médecins de France (Congrès des praticiens) réunie à Paris le 12 et 13 avril 1907 ;

Considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche et que, seul, un cas *urgent* de maladie ou de blessure lui crée le devoir social d'interrompre ce repos légitime,

Assimilant les visites faites le dimanche à des visites d'urgence,

Décide, à partir du 1er janvier 1908 :

1º Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera double de celui de la visite ordinaire.

2º Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement ».

Je crois que la question mérite qu'on y donne quelques instants. Qu'en pensez-vous ? Si vous m'objectiez, mon cher confrère, le programme chargé, je vous répondrais : « Cinq minutes d'arrêt seulement ! ». Si vous me rattrapez sur l'ordre du jour qui ne contient pas un tel genre d'idées, je vous répondrai alors : « Dans le premier Congrès de praticiens, voulez-vous donc écarter une des questions les plus pratiques de toutes et la seule que nous puissions nous-même pratiquement solutionner ? »

Je viens donc, mon cher confrère, vous prier de de vouloir bien me donner une toute petite place dans votre ordre du jour, un petit strapontin..... à la suite..... à la fin, dans les faits divers, ou même, si vous le voulez, dans les nouvelles à la main.

Je vous prie, etc..... »

Telle est, mon cher confrère, la lettre que je viens d'envoyer au docteur Leredde.A vous aussi, je viens vous dire : Qu'en pensez-vous ? A vous et, si vous la publiez, à tous les lecteurs du *Concours*....

Je vous prie de recevoir mes meilleures salutations et de me croire

Votre tout dévoué,

Dr Decourt.

N. D. L. R. — Il ne nous paraît pas douteux que le Congrès consacrera volontiers à cette question le temps que réclame avec plusieurs autres confrères le dévoué secrétaire du syndicat de Meaux.

Galantes faveurs scolaires dans l'enseignement

Clermont-Ferrand, le 28 mars 1907.

Mon cher confrère,

Il me paraît intéressant, au moment où tous les syndicats médicaux de France se réunissent pour chercher un moyen de pallier à l'encombrement médical, de vous raconter de quelle façon ils sont aidés dans cette voie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

A mon époque, et cela n'est pas très vieux, pour opter en faveur du grade de docteur en médecine, femmes ou hommes devaient posséder le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, et le certificat dit P. C. N.

Quant à ceux qui étaient détenteurs du diplôme de bachelier de l'enseignement moderne, on exigeait d'eux qu'ils aient, en sus du P. C. N., une licence ès-sciences.

Les baccalauréats ont changé comme les ministres, c'est utile, et maintenant pourvu du brevet supérieur, vous pouvez avec le P. C. N. commencer vos études médicales.

Voici du reste les faits :

Une étudiante de la Faculté des sciences de Clermont, Mlle X..., pourvue de son brevet supérieur et du P. C. N. préparait l'an dernier les certificats nécessaires à l'obtention du grade de licencié ès-sciences.

Elle se présenta donc à l'examen d'un de ces certificats au mois de juillet et fut refusée ; au mois de novembre, même accident ; ce n'était peut-être pas galant de la part du maître, mais elle devait craindre du parti pris. Bref, elle se remettait à l'œuvre probablement, lorsqu'elle eut la sélecte inspiration. « Pourquoi, se dit-elle, ne demanderais-je pas l'autorisation de prendre mes inscriptions de médecine, sans cette maudite licence, dont je ne verrai jamais la fin ? essayons ». Et son étonnement égala sa joie, lorsqu'elle reçut un avis favorable ! elle ne s'attarda pas à méditer sur l'influence d'avoir du « piston ».Ici l'histoire devient intéressante; il y avait aussi à la Faculté trois autres étudiantes, qui préparaient la licence en question. Mlle X... leur raconta immédiatement, en âme charitable, son aventure, et celles-ci de s'écrier : « Pourquoi pas nous aussi ? »

Sitôt dit, sitôt fait, même résultat. Un cakewalk de réjouissances, et toutes quatre au mois de février, elles prenaient d'un seul coup toutes leurs inscriptions en retard.Or le 15 mars, les cours d'anatomie et de dissection furent suspendus comme d'habitude ; l'an prochain à cette même époque, avec six mois d'anatomie, elles se présenteront au premier

doctorat, et si elles ont un peu de chance, elles pourront dire que leur tour est bien joué.

Vous pouvez penser après cela que ceux qui auront envie d'être médecins, mettront le socialisme en pratique, et c'est ainsi que nous verrons des instituteurs, des pharmaciens diplômés de l'enseignement moderne, ou munis simplement du brevet supérieur commencer leurs études médicales.

On trouve déjà extraordinaire, et on crie contre les consultations données par le pharmacien qui a une officine ouverte ; que sera-ce lorsqu'ils seront couverts par leur parchemin.

Que les générations futures se réjouissent, si l'on supprime encore quelque chose, le dossier des étudiants en médecine en prenant leur première inscription se réduira à cette seule note :

« Sait lire et écrire ».

Mais ce qui sera peut-être plus difficile à obtenir, ce seront les pièces de cent sous.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments très distingués,

Dr DEVERNOIX

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Fédération des syndicats médicaux de l'Eure

Evreux, le 25 mars 1907.

A la demande du Bureau de la *Fédération de l'Eure*, les syndicats d'arrondissement du département se sont réunis et ont voté pour le *Congrès des Praticiens* les résolutions générales qui suivent :

1° Libre choix du médecin pour les collectivités avec paiement des honoraires à la visite (en respectant les situations acquises) ;

2° Réforme des études médicales ;

3° Suppression de l'admission des malades aisés dans les hôpitaux des grands centres, et de Paris en particulier ;

4° Paiement d'honoraires spéciaux aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux :

a) *Pour les accidentés du travail.*

b) *Pour les hospitalisés dont les frais de séjour sont à la charge des grandes compagnies ou administrations.*

5° Fixation de la cotisation pour la subvention à envoyer au Congrès.

Des vœux particuliers ont été émis :

1° Par le syndicat des Andelys qui demande :

a) Qu'un concours d'admission soit institué pour l'entrée dans les Facultés et Ecoles de Médecine, de manière à limiter le nombre des médecins et remédier ainsi à l'encombrement.

b) Que le PCN soit supprimé, et ses matières enseignées dans les Facultés et Ecoles de médecine par des professeurs de ces Facultés et Ecoles, et que l'accès des hôpitaux soit permis aux étudiants dès leur première année.

c) Que les malades payants des hôpitaux, qu'ils y viennent de leur chef ou qu'ils y soient envoyés par les Sociétés de secours mutuels ou les Compagnies d'assurances, soient reçus dans des maisons de santé ou des hôpitaux spéciaux organisés par ces compagnies et ces sociétés.

2° Par le syndicat de Louviers, dont le Dr Poinot, rappelant le rapport du confrère Mortagne du Merlerault (Orne) à l'*Union des Syndicats*, demande que le principe du tarif Dubief sur les honoraires des accidents du travail demeure acquis : à savoir que le tarif ministériel fixe seulement les rapports entre employeurs et ouvriers, et ne détermine en aucune façon la valeur absolue des honoraires médicaux, valeur laissée à l'appréciation du praticien. A ce sujet, le Dr Poinot demande à être inscrit pour prendre la parole, afin de développer ces conclusions ;

3° Par le syndicat de Pont-Audemer, au sujet de la réforme des études médicales. Ce syndicat pense que, pour le stage, l'étudiant devrait avoir la liberté de s'instruire comme il l'entend et où il veut : l'état conférant seul les diplômes.

Ont été nommés comme délégués au Congrès :

1° Pour le syndicat d'arrondissement des Andelys : Dr JAGU, de Gisors.

La subvention votée a été de 1 franc par syndiqué, soit 17 francs.

2° Pour le syndicat d'arrondissement de Bernay : Dr ETABLE, de Thiberville ; Dr COUDERC, de Beaumont.

La subvention votée a été de 2 francs par syndiqué, soit 26 francs.

3° Pour le syndicat d'arrondissement d'Evreux : Dr COURAUD, de Damville ; Dr THIRARD, d'Evreux.

La subvention votée a été de 2 francs par syndiqué, soit 78 francs.

4° Pour le syndicat d'arrondissement de Louviers : Dr ETIENNE, de Saint-Pierre-sous-Bailleul ; Dr POINOT, du Vaudreuil.

La subvention votée a été de 1 franc par syndiqué, soit 15 francs.

5° Pour le syndicat d'arrondissement de Pont-Audemer : Dr HAROU, de Pont-Audemer ; Dr OMONT, de Pont-Audemer ; Dr BLAIN, de Pont-Audemer.

La subvention votée a été de 1 franc par syndiqué, soit 24 francs.

La date d'ouverture du Congrès est fixée au vendredi 12 avril, à 9 heures du matin ; sa clôture au 14 avril, à midi.

Les séances du vendredi matin et du samedi matin seront consacrées aux rapports sur le libre *choix* et questions annexes ; celles de l'après-midi à la réforme des études médicales. La séance du dimanche matin sera remplie par le vote des résolutions et l'élection d'une commission permanente chargée de poursuivre la réalisation de celles-ci.

Le Congrès se tiendra à Paris, 184, boulevard Saint-Germain, à la *Société de Géographie.*

Le secrétaire de la Fédération

Dr THIRARD.

***Le Directeur-Gérant* : Dr H. JEANNE**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vingt-neuvième année N° 15 Dimanche 14 AVRIL 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Le libre choix du médecin par les indigents à Paris et dans les grandes villes

CHAPITRE PREMIER

LA LIBERTÉ DE CHOISIR SON MÉDECIN EST UN DROIT ABSOLU QUI APPARTIENT A TOUS LES MALADES, QUELLE QUE SOIT LA CONDITION SOCIALE, ET DOIT ÊTRE RESPECTÉ PARTOUT.

Le libre choix du médecin par le malade fait partie du droit naturel ; il appartient à toute créature humaine comme toutes les autres libertés. Il est absolu et ne supporte aucune restriction, et il est d'autant plus respectable que l'individu placé plus bas dans l'échelle sociale a moins de moyens pour faire entendre sa voix et réclamer ce qui lui est dû. Au nom de ces principes indiscutables, l'indigent ne peut, ne doit nulle part, ni sous aucun prétexte, être dépossédé de ce droit, dont il faut réclamer la réalisation pratique, à Paris comme ailleurs. Les difficultés que suscite cette réalisation sont en effet toutes relatives et nullement insurmontables.

Comme on pourrait me contester l'autorité nécessaire pour défendre des idées qui me sont chères et au triomphe desquelles je suis résolument attaché, sans d'autre but que la défense des intérêts généraux du Corps médical et des indigents, je commencerai par étayer mon argumentation sur des opinions, dont le plus grand nombre sont indemnes de tout soupçon de partialité.

M. **Brouardel**, dans une allocution prononcée en mai 1905 à l'assemblée de l'Association Générale des médecins de la Seine, parlant de la façon dont les chefs de la Mutualité conçoivent le rôle du médecin, disait : « Pour eux, il y a un malade, un médecin qui lui fait une ou plusieurs visites et qui délivre une ou plusieurs ordonnances ......

« Or, en médecine, aucun malade n'est identique à l'autre, aucun médecin n'a les mêmes qualités qu'un autre. Par des affinités diverses, un malade n'accorde sa confiance qu'à tel médecin, alors que celui-ci éveille la méfiance chez un autre. Cette confiance ne s'impose pas, elle naît spontanément comme l'amitié. Il est indispensable qu'elle existe entre le malade et son médecin.

« Cette confiance, cet abandon de soi-même existent-ils quand le malade a pour médecin celui qu'il n'a pas librement choisi, celui qu'il ne peut changer, si ses soins à tort ou à raison ne le satisfont pas? Je crois pouvoir répondre que dans l'immense majorité des cas, il n'y a rien de semblable. Bien souvent même, c'est le sentiment inverse, la défiance, qui domine. L'efficacité de l'action du médecin sur son malade a comme premier facteur la confiance que lui accorde le client. Celui-ci n'obéit, n'exécute les prescriptions dans leur intégralité que s'il s'abandonne complètement à la direction du médecin qui le traite. Il puise dans cette confiance une résistance morale plus puissante ; celle-ci réagit sur les phénomènes physiques, l'espérance double ses forces et ses efforts dans la lutte.

« Le défaut de confiance a une action absolu-

ment opposée; les prescriptions sont incomplètement observées, le découragement envahit le malade, la guérison est compromise.

« Or, j'ai été médecin de Sociétés de Secours Mutuels ; *j'ai, pendant deux ans, remplacé un de mes confrères, médecin du Bureau de Bienfaisance, cet état de confiance existe-t-il lorsque le médecin est imposé? Dans la grande majorité des cas, non* » : telle est l'opinion de Brouardel.

Il n'est pas seul de cet avis, voici comment s'expriment pour corroborer son sentiment, des personnalités dont la compétence et la bonne foi sont au moins appréciables.

M. Barberet, directeur de la Mutualité au Ministère de l'Intérieur, était de cet avis quand le même jour, dans sa réponse au Dr Brouardel, il disait :

« Comme vient de le dire M. le Président Brouardel, ce dernier mode permettrait au mutualiste malade de se faire soigner par le docteur qui aurait sa confiance. En pareil cas, c'est beaucoup, et le dicton de la foi qui sauve est ici applicable.

Dans le rapport qu'il déposait le 14 mai 1901 sur le Bureau de la Chambre, **M. Mirman** s'exprimait en ces termes : « La liberté absolue pour la victime de choisir elle-même son médecin n'a jamais été contestée par le Parlement, elle ne peut l'être. »

M. Chovet, dans un rapport déposé au Sénat le 19 novembre 1903, disait : « Cette liberté absolue de choisir son médecin ne peut être contestée au blessé. En effet, lequel d'entre nous ne se révolterait pas contre cette prohibition qui lui serait imposée de se faire soigner par le médecin de son choix ? »

Qu'importe, d'ailleurs, que ces paroles aient été prononcées à l'occasion de la Loi sur les accidents du travail? Le raisonnement perd-il de sa valeur quand il est applicable à un indigent, au lieu de s'adresser à un blessé du travail.

Or, à Paris jusqu'à présent, le droit de choisir est limité à des cas particuliers de telle sorte qu'on se heurte à chaque instant à des anomalies, à des antinomies qui font ressortir d'une façon frappante et évidente ce qu'une semblable restriction a d'illogique et de monstrueux.

1° C'est ainsi qu'un indigent blessé qui dispose légalement du droit de choisir son médecin si l'accident dont il a été victime est survenu du fait ou à l'occasion de son travail professionnel, est privé de ce droit quand il ne s'agit plus d'un accident du travail, par exemple, s'il se casse une jambe dans sa cave, chez lui.

2° Sous une autre forme, on peut concevoir le cas d'un très modeste marchand des quatre-saisons, possédant un âne et une charrette pour son infime commerce et cependant inscrit sur les listes d'Assistance parce qu'il a de nombreux enfants. Un jour l'homme et la bête sont blessés, la charrette détériorée. Eh bien ! l'intéressé sera libre de choisir charron et vétérinaire, qui seront payés sans difficultés par la Compagnie à laquelle il aura assuré âne et voiture ; mais, pour lui-même, il ne pourra choisir son médecin et devra, parce qu'indigent, accepter celui que lui impose la ville, à moins qu'il ne préfère appeler *à ses frais* celui qui a sa préférence et sa confiance........

3° On sait que, de temps immémorial, les Sœurs recevaient une indemnité en argent pour l'achat de leur pain, alors qu'au contraire, l'administration fournissait leur pain aux gardiens de prison.

Or, **M. Clémenceau**, Ministre de l'Intérieur, vient de mettre un terme à cette inégalité de traitement. Il a décidé qu'à l'avenir, les gardiens de prison du département de la Seine recevraient une indemnité annuelle de 110 francs, et payable par mois pour tenir lieu de la ration quotidienne de pain qui leur était précédemment attribuée et comme représentant la valeur commerciale de cette ration. (*Le Matin* et *Le Journal*, 3 août 1906.)

Ainsi, les gardiens de prison ont désormais le droit de choisir leur boulanger, mais, pas plus que les indigents, ils n'ont le droit de choisir leur médecin !

Poursuivons l'examen des opinions des diverses personnalités qui se sont prononcées en faveur de l'application du libre choix.

M. Jaurès, dans la *Dépêche de Toulouse*, déclare : « Dans les relations du médecin au malade, il me semble qu'aucune puissance, aucune réglementation ne puisse intervenir. » (Mai 1905.)

Le **Comité de la Section rochelaise de la Ligue des Droits de l'homme** a émis l'avis que toute Société de Secours Mutuels fondée sur le principe du libre choix du médecin fut tenue de le considérer comme fondamental. (*Répertoire de médecine et de chirurgie*, février 1904, 2°, p. 6).

Le **Dr Reymond**, sénateur de la Haute-Loire, a prononcé à la Société de l'Internat, en février 1907, les paroles suivantes : « Les malades assistés, comme d'ailleurs les blessés par accidents du travail, doivent, à mon avis, pouvoir librement choisir leur médecin ; on ne peut accepter qu'à notre époque, le riche seul puisse s'adresser au médecin dans lequel il a confiance. »

M. le Dr Dubuisson, député du Finistère, va déposer au prochain Congrès des praticiens un rapport concluant au libre choix du médecin sur l'indigent, pour toute la France.

Enfin **M. le Dr Laurent**, député de Roanne, va bientôt déposer à la *Chambre* un projet de loi autorisant partout en France les indigents à choisir leur médecin.

M. le Dr Noir a écrit dans le *Progrès Médical*, (de février 1907) ces lignes éloquentes :

« .... Tout le monde est bien obligé d'admetre aujourd'hui l'application du principe du libre choix du médecin par le malade. C'est le lien le plus étroit qui rattache l'intérêt médical bien compris à l'intérêt public.

« Les hommes politiques de notre époque n'ont cessé de proclamer certaines libertés intangibles : c'est la liberté individuelle, la liberté de conscience, la liberté de la presse, la liberté de réunion, que savons-nous encore. On est allé jusqu'à prétendre qu'un citoyen, même volontairement, ne pouvait avoir le droit d'aliéner sa liberté; on s'est, croyons-nous, appuyé sur ce principe pour condamner les congrégations religieuses, Et cependant personne ne s'est insurgé jusqu'ici contre cette violation monstrueuse du droit le plus sacré de l'homme, celui de disposer de sa personne malade, et de n'autoriser que celui qui a sa confiance à lui donner des soins, à disposer de sa santé et de sa vie, de celle de sa famille et de ses enfants.

« Partant, en fonctionnarisant la médecine, on a porté atteinte à cette *liberté de confiance* que les

syndicats médicaux de France ont eu le grand honneur de revendiquer comme le plus absolu de leurs principes.

« Ce sont les grandes administrations publiques et privées qui ont, sous prétexte de services médicaux gratuits, imposé le médecin officiel à leurs employés, ce sont les compagnies d'assurances, c'est l'Assistance Publique, c'est la Mutualité. Et les bons citoyens de France qui ont versé leur sang pour la conquête de libertés dont ils n'ont jamais su jouir, n'ont jamais songé jusqu'à présent à se révolter devant la violation de ce qu'il y a de plus intimement délicat dans la liberté individuelle, la liberté de confiance, la liberté de choisir son médecin.

« Lors de l'application de la Loi sur l'assistance médicale, les Syndicats obtinrent peu à peu, dans la moitié de la France, le libre choix du médecin par l'indigent. Ils arrivèrent petit à petit à persuader des avantages de ce système libéral de nombreuses sociétés de Secours Mutuels. Vint la Loi sur les accidents du travail, et après une mémorable campagne, les praticiens syndiqués firent inscrire dans la loi la liberté du blessé de choisir son médecin. »

Le libre choix est donc admis partout en principe. Il ne reste plus qu'à en généraliser l'application .... »

De même le professeur **Ausset** (*Pédiatrie pratique*, du 15 mars 1907) envisage la question au même point de vue dans un article remarquable duquel nous détachons ces lignes : « Comment voulez-vous que le malade s'abandonne entre les mains d'un praticien qui n'a pas votre confiance ? Si une opération urgente est indiquée, on ne le croira pas, on ne l'écoutera pas, et on laissera passer le moment favorable pour la réussite de cette opération. Comment le malheureux confiera-t-il ses secrètes souffrances, ses douleurs cachées, ses misères morales, à un homme qu'il n'a pas appelé lui-même à son chevet ? Voyons Messieurs les adversaires du « libre choix », avoueriez-vous une syphilis ancienne à un médecin qui n'aurait pas toute votre confiance ? Confieriez-vous votre femme, votre fille à un homme que vous croyez ne pouvoir estimer ? Pourquoi voulez-vous que le pauvre n'ait pas les mêmes sentiments que vous, n'est-il pas père et mari au même titre que vous ?

Je sais bien qu'il s'est trouvé un Préfet pour affirmer que ce « libre choix » entraînerait à des dépenses exagérées, à des visites trop nombreuses, à des médicaments trop largement prescrits. Il n'y a qu'à mépriser de telles insinuations malveillantes. Le jour où le « libre choix » sera admis partout, le médecin appelé continuera à faire son devoir comme il l'a toujours fait ....

Le *Concours Médical*, dans son numéro du 21 mai 1904, contient ces lignes qui terminent admirablement ce paragraphe : « Il faut considérer comme un reste d'esclavage indigne de l'homme d'aujourd'hui, et comme contraire à l'ordre public, cette obligation routinière et non légale de subir comme médecin et pour confident de ses plus intimes faiblesses un docteur qui est imposé et dans lequel on ne peut pas avoir toute confiance. Il est en même temps peu conforme à la dignité d'un médecin de soigner un malade qui ne reçoit que contraint et forcé les soins de ce docteur. »

Après les manifestations individuelles, voici maintenant les expressions collectives des sentiments de certains groupements professionnel pris au hasard.

Du Dr **Barthès**, de Perpignan, cette lettre significative : « ....La veille de mon départ d'Auch, **le Syndicat médical du Gers**, présidé par mon vaillant ami Dansan, s'est réuni et a voté à l'unanimité les « deux propositions concernant les vaccinations *et le choix du médecin laissé à l'indigent*.. ».

A la Société locale de la Loire et de la Haute-Loire, le Dr Laurent, député, fait voter le 5 décembre, à l'unanimité, la proposition suivante : « L'Association de Prévoyance et de Secours Mutuels de la Loire et de la Haute-Loire émet le vœu que le service de l'Assistance Médicale Gratuite soit réorganisé de façon à assurer aux indigents le libre choix de leur médecin parmi ceux qui auront accepté les conditions de l'Administration.

Dans sa réunion du 10 juin 1906, le Syndicat médical de Cambrai a admis ces diverses conclusions en matière d'Assistance médicale gratuite :

1° « Tout médecin exerçant en France doit pouvoir être médecin de l'Assistance médicale gratuite. »

Le Syndicat médical **d'Hazebrouck** a émis le 13 mai 1906 le vœu que les indigents aient dorénavant le droit de choisir leur médecin,

Le Syndicat médical **de Lille** a, le 18 mai, adopté à l'unanimité une proposition analogue :

« Considérant .

« Que tout Français, riche ou pauvre, doit avoir le droit de choisir son médecin,

« Que cette liberté de confiance du malade constitue un principe qu'aucune considération, même financière, ne peut entamer.

....

« Emet le vœu que tout inscrit sur les listes d'Assistance médicale gratuite ait le *droit* de choisir pour lui et pour les siens le médecin qui possède sa confiance. »

Au Conseil général du Nord, la même question a été traitée, le 29 août 1906, par M. Plichon, député, sous forme d'un vœu tendant à reconnaître aux indigents le libre choix du médecin.

Enfin, au **Conseil d'arrondissement de Lille**, M. Douvrin a, le 30 juillet 1906, déposé un vœu dont voici la conclusion : « Le soussigné prie le Conseil d'arrondissement d'émettre le vœu que tout inscrit sur les listes d'assistance médicale gratuite ait le droit de choisir son médecin. »

Le libre choix du médecin dans les programmes électoraux.

Le sujet est d'une actualité telle, et la place qu'il tient dans les préoccupations générales est si importante, que nous avons vu tout récemment des candidats aux fonctions électives ne pas hésiter à introduire dans leurs programmes l'engagement de faire triompher la thèse du libre choix du médecin par les indigents.

Au cours de la dernière campagne électorale pour le Conseil général dans le canton de Vincennes, M. B...., spécifia sur ses affiches au 1er tour : « *Faculté pour les indigents des Bureaux de Bienfaisance de choisir leur médecin.* »

M. Gib..., un autre candidat, s'explique ainsi : « Partisan des mutualités, des retraites à la vieillesse, *de la liberté pour les indigents de choisir leur*

médecin, en un mot de toutes les institutions et mesures sociales qui peuvent améliorer le sort du plus grand nombre, à l'exclusion des utopies collectivistes et révolutionnaires..... ». Ce candidat, on le voit, était un modéré. Il n'a pas hésité cependant à accepter le libre choix du médecin par l'indigent à Paris.

M. Gir..... qui fut élu, m'adressa la lettre suivante, le 3 janvier 1907 :

« M. le Dr Diverneresse, vous m'avez signalé les atteintes apportées au droit imprescriptible du citoyen par diverses collectivités, qui imposent à leurs administrés ou employés l'obligation absolue d'appeler près d'eux, quand ils sont malades, un médecin qui leur est imposé et qu'ils peuvent même ne pas connaître.

« Il m'a suffi que cet abus me soit signalé pour que je prenne sans hésitation l'engagement devant mes électeurs de réclamer autant qu'il sera en mon pouvoir, le droit pour chaque malade d'appeler près de lui le médecin en qui il a confiance.................................. »

M. **Marcel Durand**, conseiller général, est un défenseur résolu de cette conception et l'un de nos meilleurs collaborateurs.

Ces exemples seront suivis, n'en doutez pas.

Dans l'ordre des faits qui sont encore plus démonstratifs, **59 départements** ont, en France, organisé le service médical de l'Assistance en se basant sur le libre choix du médecin par l'indigent.

Dans le département de la **Lozère** en particulier, ainsi que le constate et le sanctionne un arrêté du **Conseil d'Etat** du 12 janvier 1906, en exécution de l'article 10 du règlement de l'Assistance, de ce département « les médecins ayant adhéré à ce réglement sont rattachés de droit au service de l'Assistance médicale, **sans que leur admission soit subordonnée à l'agrément du Préfet.**

Dans la **Seine Inférieure**, l'art. 7 du règlement édicte : « Tous les médecins, officiers de santé, sages-femmes du département seront invités à faire connaître s'ils adhèrent aux dispositions du présent règlement pour l'exercice de la médecine gratuite. »

« Tout malade a le droit de faire appel au médecin ou à la sage-femme de son choix, parmi ceux qui auront adhéré au règlement, à condition toutefois que le médecin et la sage-femme appelés acceptent d'être rémunérés d'après le Tarif applicable au médecin ou à la sage-femme les plus rapprochés du domicile du malade ».

Dans l'**Allier**, nous trouvons que l'article 3 dit :

« Un tableau des médecins, pharmaciens et sages-femmes ayant adhéré au règlement départemental du service d'assistance médicale sera publié chaque année et affiché au secrétariat de la Mairie. »

Dans la **Gironde** enfin, l'article 2 est ainsi conçu :

« Au point de vue des secours à domicile le malade reste libre de s'adresser au médecin où à la sage-femme de son choix................ »

Pour résumer en quelques mots la substance de ce premier chapitre, je dirai : 1° que le droit incontestable pour l'indigent malade de choisir son médecin, accepté théoriquement par l'unanimité des administrateurs et des législateurs est considéré *à tort* par un certain nombre de médecins *intéressés* au *statu quo* comme d'une application pratique pleine de difficultés et de dangers ; 2° que le libre choix fonctionne en effet sans inconvénients dans les 2/3 de la France ; 3° que la tendance d'un groupe imposant d'esprits désintéressés est nettement en faveur de la généralisation de ce système dans le reste du pays et même à **Paris**.

CHAPITRE II.

Etat actuel du service de l'Assistance a Paris. Ses avantages, ses inconvénients.

Aujourd'hui le service de l'Assistance médicale à domicile est assuré dans Paris par 250 médecins (environ 3 à 4 par chaque quartier) nommés à la la suite d'un concours par le Préfet de la Seine. Ce concours ne leur assure leur nomination et leurs fonctions que pour 3 ans. Leur mandat peut leur être rennouvelé par une réinvestiture du Préfet. Ils ont un traitement fixe qui varie de 600 fr. à 2.000 fr. suivant le nombre des indigents de leur quartier : qu'ils fassent peu ou beaucoup de visites leur traitement est invariable. C'est donc le système à l'abonnement, système déplorable qui, dans 59 départements, a été remplacé par le système du paiement à la visite, avec le droit pour l'indigent de choisir le médecin qui lui inspire le plus de confiance. Pourquoi ce système, abandonné en province, existe-t-il encore dans la capitale de la France ? Pourrait-on le remplacer par le système à la visite avec le libre choix pour l'indigent ? C'est ce que nous allons examiner.

Avantages du système actuel.— Il assure, dit-on, aux indigents les soins de médecins instruits, grâce aux concours que doivent passer les médecins avant d'être admis. Nous étudierons cette question au chapitre III ; nos lecteurs verront que ces avantages sont purement superficiels et de façade, qu'ils ne compensent pas les inconvénients que nous venons de signaler.

Au point de vue budgétaire, le système actuel limite les dépenses, évite les abus. Nous verrons qu'il est facile d'éviter les abus, et que le système du libre choix du médecin par l'indigent entraînera tout au plus une dépense égale à 1/4 de centime aditionnel, soit pour chacun des 425.000 contribuables, un supplément d'impôt de 0,25 centimes.

Il faudra donc, pour améliorer le sort des indigents, une somme de 200.000 fr. tandis que le Conseil à voté cette année une somme de 600.000 fr. pour l'amélioration de la situation des infirmiers.

Inconvénients. — Je me plais à reconnaître que les Médecins du Bureau de Bienfaisance possèdent une instruction professionnelle solide et ont, grâce à leurs qualités et à leur réel savoir, une nombreuse clintèle payante. Or, comme les indigents sont malades aux mêmes époques que les gens aisés, il en résulte que les médecins du Bureau de Bienfaisance ont en même temps de nombreuses visites à faire à leurs clients payants, et à leurs clients indigents. Ils sont ainsi forcés d'aller vite en besogne. Sans doute ils appliquent tout leur savoir au traitement scientifique des indigents et à ce point de vue leur service serait peut-être suffisant. Mais, pressés par l'heure, après qu'ils auront fait leur diagnostic, et leurs prescriptions, auront-ils le loisir de remplir le devoir humanitaire, l'œuvre morale qui consiste à

s'attacher au chevet de l'indigent pour le consoler, le rassurer, pour lui prodiguer les paroles d'encouragement qui font luire l'espoir, et font plus pour la guérison que toutes les drogues du monde ? Pourront-ils seulement exercer sur leur malade la surveillance nécessitée par les soins délicats qu'une main experte est seule capable de donner, par exemple, placer des ventouses, administrer un bain anti-thermique, et maintes autres pratiques du même ordre ? Certainement non, car ils sont traqués par la clientèle aisée qui est exigeante et veut de longues visites du médecin qu'elle paie (1).

Alors que font les médecins du Bureau de bienfaisance ? Comme ils sont consciencieux et qu'ils sentent que dans ces cas ils ne peuvent faire tout ce qui est nécessaire pour l'indigent, ils envoient à l'hôpital des malades qui pourraient être soignés à domicile par un médecin moins pressé. Or, de l'avis de tous les hommes compétents, le traitement à l'hôpital est plus coûteux, moins moralisateur que le traitement à domicile. Voilà donc, de ce fait le budget de l'Assistance sérieusement grevé. Nous reviendrons sur ce côté considérable de la question.

Et pendant que le médecin du bureau de bienfaisance, trop pressé, envoie à l'hôpital un indigent qui se sépare à regret de sa famille, près de là, reste inoccupé un médecin moins achalandé, non parce que moins instruit, mais parce que plus jeune, moins connu, qui aurait le temps, lui, de faire les longues visites aussi complètes que possible. L'indigent le sait, mais, en dépit de ses désirs, il ne peut l'appeler, parce qu'il ne peut le payer. En vain, ce médecin accepterait-il de donner des soins gratuits, l'indigent n'en serait pas plus avancé devant l'impossiblité de faire exécuter les ordonnances par le pharmacien qui ne peut délivrer sous le bénéfice de l'Assistance que les médicaments prescrits par le médecin du service.

Opinion des organisations ouvrières sur les médecins imposés. — En médecine comme ailleurs on en aurait pour son argent.

Il n'est pas mauvais à ce propos de rapprocher l'opinion du Dr Nuels de celle des Syndicats ouvriers qui, par l'intermédiaire de **M. Vieillot**, secrétaire de la Fédération Française des Industries du papier, et du **Dr René Martial**, expriment ainsi leur avis :

« Nous avouerons que, pas plus en matière de mutualité qu'en matière de coopération ou d'assistance, *les visites médicales payées au mille* ne nous inspirent pas confiance. Toutes les Sociétés qui paient ainsi le médecin sont ou illogiques ou trop pauvres. Le médecin est comme l'ouvrier, il ne faut pas exiger de lui un travail excessif, car, *si la conscience l'empêche de faire du « sabotage »*, *le surmenage l'entraîne à la « malfaçon »*. Quelles protestations ne ferait pas entendre le membre de ces Sociétés auquel on donnerait à faire cinq ou six fois plus d'ouvrage dans sa journée qu'il ne peut ? Le diagnostic de tuberculose est souvent délicat au début, il ne saurait être fait par un médecin pressé. » (Rapport sur la tuberculose et l'hygiène de l'atelier, page 10.)

L'opinion de ces deux honorables rapporteurs est on ne peut plus juste.

La médecine préventive, celle qui est, avec raison, la plus recommandée aujourd'hui ne peut être faite chez les employés que par des médecins payés au prix déjà si bas du tarif ouvrier. Un médecin qui fait des visites à bon marché, doit en faire un grand nombre dans la journée pour arriver à couvrir ses frais généraux toujours élevés. Comment un médecin pressé et fatigué peut-il faire des *diagnostics précoces* de tuberculose, de fièvres typhoïdes, de maladies du système nerveux ? Pour ce médecin pressé : fièvre égale quinine — diarrhée égale bismuth — douleur égale opium.

Les médecins français auront, je pense, la loyauté et le courage de parler avec autant de franchise que l'a fait un médecin belge des plus estimés.

Permettez-moi, en effet, de vous citer les paroles prononcées à l'Académie de Médecine Royale belge, le 27 mai 1905, par **M. le Dr Nuels**, professeur à l'Université de Liège ;

« Le médecin doit avouer qu'il n'est pas un ange, mais un homme et qu'il fait, en général, mal une besogne insuffisamment rétribuée. Cet aveu n'a rien d'humiliant pour lui et il est nécessaire parce que ce n'est qu'à ce prix qu'on améliorera les soins médicaux des accidentés du travail et des mutualistes. »

Application possible d'un système nouveau avec le libre choix du médecin par l'indigent à Paris. Organisation du service.

Cinquante-neuf départements français ont accordé effectivement à leurs indigents le droit de choisir librement leur médecin. Ailleurs et à Paris, sévit le déplorable système de l'abonnement avec médecin imposé.

Je demande que les indigents de la Capitale ne soient pas plus maltraités que ceux du reste de la France. Je demande que tous les médecins qui y consentent aient le droit de soigner à Paris les indigents qui leur accordent leur confiance et que tous ces médecins soient remunérés à la visite, sur le budget municipal.

Voici maintenant comment je proposerais d'organiser le service :

A. — Dans chaque arrondissement, la municipalité établit la liste des médecins qui adhèrent au service et parmi lesquels les indigents sont libres de choisir.

B. — Le Budget de l'Assistance à domicile sera partagé entre les divers arrondissements proportionnellement au nombre des indigents et des nécessiteux de la précédente année. Le règlement des honoraires sera fait par les soins de la commission administrative du bureau de bienfaisance d'un arrondissement, qui n'éprouvera pas plus de difficultés à faire cette répartition entre les 150 médecins de l'arrondissement de Paris, que n'en éprouve un Préfet d'un dépar-

(1) Le *Matin* de juin 1906 relate qu'un médecin du Bureau de Bienfaisance, mandé à 9 heures du matin près d'un malade, n'est arrivé qu'à 8 heures du soir, pour constater le décès. De l'enquête faite, il résultait que la négligence du praticien ne pouvait être mise en cause. Mais de pareils faits, que nous lisons de temps à autre dans les journaux, démontrent à quel déplorable résultat on arrive avec ce vieux système qui viole le respect de la liberté et de la personne humaine. Ces faits suffisent à condamner un système

tement qui compte en moyenne 300 médecins, et où la question se complique encore du calcul de l'indemnité kilométrique.

C. — Près de la Commission administrative fonctionne la Commission de contrôle et de surveillance dont je parlerai au paragraphe des abus.

D. — Il y aura lieu d'uniformiser le prix de chaque visite simple à 3 francs, après qu'une période d'essai aura démontré que le fonctionnement du service s'opère régulièrement, honnêtement et ne grève pas plus sensiblement le crédit que l'ancien système.

E. — Pour parer à la difficulté qu'un indigent pourrait avoir à se procurer un médecin, il y aura, dans chaque quartier, deux médecins, ayant en quelque sorte les attributions d'un service de garde. Ils recevront une indemnité annuelle de 800 francs, comme compensation de l'engagement qu'ils auront pris vis-à-vis du Préfet de répondre obligatoirement à tout appel d'un indigent du quartier. En plus de cette indemnité ils recevront comme les autres médecins 3 fr. par chaque visite. Pour 80 quartiers, 160 médecins seront nécessaires et exigeront un crédit supplémentaire de 800 fr. × 160 = 128.000 francs qui correspondent, je tiens à le redire, à moins du produit d'un tiers de centime additionnel comme nous l'expliquerons un peu plus loin.

Il va sans dire que ces 160 médecins seront choisis d'abord parmi les médecins actuellement en exercice, par ordre d'ancienneté. Les autres pourraient, à titre de compensation, être nommés aux autres fonctions médicales de la ville, l'inspection des Ecoles, l'état civil par exemple ; plus tard, le recrutement pourrait se faire par concours. Mais je préférerais à ce mode de sélection, sur les insuffisances duquel nous nous expliquerons, un choix raisonné fait parmi les médecins ayant un minimum de 3 années de résidence dans le quartier, et reconnus comme les plus méritants par leur dévouement, leur exactitude, etc. Ainsi serait écarté le danger résultant de la possibilité, pour un médecin d'un autre quartier, de venir à la faveur d'amitiés puissantes s'installer, inconnu, dans un quartier pourvu d'une vacance.

F. — Cette organisation si différente du système actuel, ne pouvant lui être substituée d'un seul coup, sera appliquée pour commencer dans 2 quartiers seulement, un quartier riche et un quartier pauvre. On l'étendra ensuite à toute la ville, quand ses avantages auront été démontrés par l'expérience. Les 2 ou 3 médecins qui se trouveraient provisoirement dépouillés de leurs fonctions recevraient une indemnité, ils pourraient du reste, comme les autres confrères, faire des visites payantes aux indigents.

Qui donc pourrait maintenant refuser de s'associer à ce projet ? Qui ? Et au nom de quoi ? Ah ! nous rencontrons ici l'argument suprême placé sous le patronage de Sainte-Routine. Il y a, dira-t-on, des lois, des règlements et des décrets, qui s'opposent à ce qu'il en soit ainsi à Paris. La belle affaire ! Le principal rôle des législateurs et d'un Syndicat médical n'est-il pas de poursuivre la modification des lois, au nom de la prise en considération des intérêts des malades et du Corps médical ? Je voudrais que le Syndicat des médecins de la Seine demande l'abrogation ou la modification des lois, règlements et décrets, en ce qu'ils ont de contraire précisément aux intérêts généraux des malades et des médecins.

Vous n'obtiendrez pas ces modifications profondes, dira-t-on ! A le faire, nous perdrons notre temps !

Lorsqu'on a demandé, il y a 4 ans, au Conseil du Syndicat médical de faire insérer dans la loi sur les accidents du Travail que les médecins des Compagnies d'assurances ne pourraient pénétrer dans le domicile du blessé qu'avec l'autorisation du juge de paix, on a ri de cette proposition et son auteur a été quelque peu houspillé. Aujourd'hui, non seulement les médecins de compagnie sont obligés d'avoir cette autorisation, mais ils sont encore tenus de prévenir le médecin traitant par lettre recommandée et de lui demander un rendez-vous. Que serait-il advenu du conseiller syndical qui aurait osé parler de cette lettre recommandée ? Je n'ose y penser sans frémir !

Je ne ferai pas à nos assemblées législatives l'injure de penser qu'elles ne se rallieront jamais à une proposition juste, équitable en faveur des indigents. Bien plus, je veux croire qu'elles s'empresseront de la mettre à l'étude avec le désir de la faire aboutir, dès qu'on leur en aura montré la possibilité. Je suis certain, notamment, que le Conseil municipal de Paris aura à cœur de traiter les indigents de la capitale aussi bien que sont traités les indigents du reste de la France et que le Parlement ne voudra pas laisser se perpétuer une aussi grande injustice. C'est, en somme, Paris qui proportionnellement dépense le moins pour rétribuer le service médical des indigents.

Dira-t-on que ce qui est possible en province est impossible à Paris ? Impossible, c'est le grand argument des fonctionnaires dont on dérange les habitudes. On l'avait dit aussi pour cette fameuse autorisation dont devaient se munir les médecins des Compagnies en prétendant qu'il n'y aurait pas assez de juges de paix en France pour signer les autorisations. Ils les signent pourtant et on n'a pas augmenté leur nombre. Les impossibilités annoncées ont donc été résolues selon nos idées et la pratique a démontré qu'elles n'existaient que dans l'esprit intéressé de certaines gens.

CHAPITRE III

ARGUMENTS EN FAVEUR DU SYSTÈME ACTUEL. OBJECTIONS CONTRE LE SYSTÈME NOUVEAU.

Pour défendre le service tel qu'il fonctionne actuellement, et la situation des médecins qui sont chargés de l'assurer, on a prétendu faire valoir, comme autant d'objections à la transformation que je propose, toute une série de raisons que je vais examiner et réfuter les unes après les autres.

La question budgétaire.

Revenons à la question budgétaire proprement dite. On l'agite, en effet, comme un épouvantail pour prononcer un « Noli tangere » irréductible.

Actuellement, la ville de Paris verse 300.000 francs aux 250 médecins du bureau de bienfaisance. Avec cette somme, elle arrive à payer chaque visite de médecin à raison de 3 fr. étant donné le total des visites faites. Il n'y a aucune raison de penser que le nombre des visites augmentera, parce que les indigents auront le droit de choisir leur médecin. Un ancien président du

Syndicat des médecins de la Seine a cependant dit que si tous les médecins avaient le droit de soigner les indigents, il y aurait des médecins qui s'entendraient avec eux pour augmenter le nombre des visites ; nous laissons à son d'auteur toute la responsabilité d'une pareille accusation. Nous répondrons simplement que vous ne voyons pas pourquoi il y aurait plus d'abus à Paris que dans les 59 départements qui usent du paiement à la visite et du libre choix du médecin ; que si, par hasard, il y a des abus, ils ne sont pas tellement graves qu'ils empêchent le système du libre choix puisqu'il y fonctionne depuis plus de dix ans. Nous disons que les abus peuvent être facilement évités et réprimés par une commission de contrôle où figureraient des médecins syndiqués et des membres du conseil de surveillance, ayant à leur disposition des sanctions très sévères.

Frais pharmaceutiques.

De ce côté-là donc aucun obstacle sérieux. Cependant on peut prévoir une autre cause de l'augmentation du nombre des visites, et, par suite, de l'augmentation des frais du traitement à domicile, c'est que les médecins enverront moins les indigents à l'hôpital. Il y aurait ainsi, en effet, augmentation des frais médicaux et pharmaceutiques sur le chapitre du traitement à à domicile. Mais l'augmentation des frais de ce chapitre sera compensée largement par une diminution des frais de traitement à l'hôpital. Or, comme le traitement à l'hôpital coûte plus cher qu'à domicile, il y aura là une diminution du chapitre «frais à l'hôpital» qui compensera amplement l'augmentation du chapitre «frais médico-pharmaceutiques à domicile».

Quelle sera donc l'augmentation de frais causés par le système du libre choix ? Il comprendra juste le total des 160 indemnités de 800 fr. accordées aux 2 médecins par quartiers s'engageant à soigner les indigents qui ne trouveraient pas de médecins de leur choix voulant répondre à leur appel, soit 160 × 800 = 128,000 fr. Nous aurons de la sorte à ajouter au budget actuel de 300.000 la somme de 128.000 fr., soit un budget de 428.000. Admettons même qu'il faille prévoir pour augmentation du nombre des visites et des frais de médicaments une augmentation de 100.000 fr., nous arriverions au chiffre rond de 500.000 fr. au lieu de 300.000 : soit une augmentation de 200.000.

Faut-il prévoir que le Préfet de la Seine dira : « Je ne puis demander ces 200.000 fr. aux contribuables parisiens, ils sont déjà écrasés d'impôts, il faut donc que les indigents continuent à être privés à Paris du droit de choisir leur médecin. »

Examinons quelle serait la charge supplémentaire que supporterait chaque contribuable parisien pour accorder à l'indigent le droit d'être soigné par le médecin qui lui inspire le plus de confiance.

Il y a, disons-nous, 425.000 contribuables à Paris — chaque centime additionnel donne au budget parisien un rendement de 722.000 fr. — chaque centime additionnel augmente de 1 fr. la feuille de contribution d'un contribuable moyen de Paris, c'est-à-dire d'un contribuable payant un loyer moyen à Paris de 1300 fr. et la patente de 4e classe. Mais elle augmente de 10 fr. la feuille de contribution d'un riche parisien s'offrant 13.000 fr. de loyer.

Pour couvrir l'accroissement de dépenses de 200.000 fr. que pourrait causer l'application du libre choix du médecin et du paiement à la visite de 3 fr., chaque contribuable devrait donc être imposé non pas d'un centime additionnel (qui produit 722.000 fr.) mais d'un 1/3 de centime, de telle sorte que le contribuable ayant un loyer moyen de 1300 fr. paierait en supplément pour le médecin 0,35 centimes et le contribuable riche au loyer de 13.000 fr. paierait 3 fr. cela n'a rien de ruineux.

L'humanité, la charité médicale.

« Mais, dira le Préfet, je ne puis même pas demander cette augmentation d'impôt aux contribuables ». Il faut alors, si les médecins veulent que l'indigent ait le libre choix, qu'ils consentent à se partager au prorata de leurs visites les 300.000 fr. que paye aujourd'hui l'Assistance publique.

Ainsi il faudrait que les 3.000 médecins parisiens supportent une charge que l'on déclare écrasante pour 425.000 contribuables. — Cet argument ne tiendrait pas debout.

De quel droit voulez-vous imposer aux médecins ce supplément d'impôt de charité ? La charité, l'humanité, ne sont pas des devoirs médicaux, mais des devoirs sociaux. En payant sa quote part d'augmentation d'impôts, le médecin s'acquittera autant que les autres, mais pas plus que les autres, de sa quote-part d'humanité. Du reste, en faisant cette charité, à qui les médecins la feraient-ils ? Est-ce à l'indigent ? non. En effet, que la visite soit payée 1 fr., 2 fr. où 3 fr., l'indigent n'en souffrira pas ; la ville de Paris lui assurera toujours les visites nécessaires. Qui donc profitera et profite en réalité de ce sentiment d'humanité au nom duquel on exploite le médecin ? A qui le médecin fait-il la charité, puisque cela ne modifie en rien la situation de l'indigent ? Mais c'est tout simplement au contribuable ! Et, chose curieuse, le médecin ferait, à chaque contribuable, une charité d'autant plus grande que le contribuable serait plus riche ! Car, avec le système actuel, en sacrifiant la liberté de l'indigent, le contribuable moyen économise 0,35 et le contribuable riche économise 3 fr. Tous les deux sur le dos du médecin bien entendu. C'est encore ce qui arriverait si le médecin consentait à faire des visites au prorata des 300.000 fr. du budget actuel.

Nous prétendons qu'aucun médecin n'a le droit de faire pareil cadeau à une ville riche comme Paris. Son premier souci de l'humanité doit consister à élever convenablement sa famille. N'est-il pas surprenant de constater que, chaque année, la ville de Paris envoie à ses frais des enfants au bord de la mer, alors que beaucoup de médecins qui font des visites à prix réduit pour cette ville de Paris ne peuvent offrir pareil voyage à leurs fils ?

Si parmi ces médecins de Paris il en est qui sont fortunés et qui veulent faire la charité, ils ne doivent pas, en acceptant des visites au rabais, obliger leurs confrères moins aisés à faire ce rabais qui les empêche de vivre de leur profession. Ils doivent se faire payer par la ville leurs visites au prix ordinaire. Puis s'ils ne veulent pas garder cet argent, qu'ils le versent dans les caisses toujours vides de nos associations professionnel-

les pour le soutien des familles médicales malheureuses.

Il y a trop de misère dans le monde médical, pour que des médecins fassent la charité à la ville de Paris.

Le concours.

1° Le concours empêche, dit-on, la politique de s'introduire dans le choix des médecins des indigents !

2° On a dit, le médecin du Bureau de bienfaisance est nommé au concours. Il appartient à une élite dont la valeur scientifique est une garantie pour les indigents.

Examinons ce que valent ces arguments :

1° Les médecins désignés par le concours étant soumis tous les 3 ans à la réinvestiture, la politique pourrait bien si on le voulait avoir un rôle dans ces réinvestitures.

2° Comment peut-on concevoir et soutenir qu'un médecin pourvu d'un diplôme qui lui reconnaît l'instruction nécessaire pour soigner la fièvre typhoïde d'un commerçant de son quartier n'est plus capable de soigner cette maladie chez un indigent et qu'il faut subir un nouvel examen? Sous cette forme, le concours n'est autre chose qu'un certificat d'études médicales supérieures déguisé. Il n'a pas plus de valeur à mes yeux que le diplôme de médecin sanitaire, le diplôme d'hygiène et tutti quanti, dont nous sommes tous les adversaires. Mais, dira-t-on, nous voulons que les indigents aient pour médecins les plus capables d'entre nous. Soit, je veux bien vous concéder, quoique je n'en sois pas bien sûr, que le concours est un gage de l'érudition et de la science des candidats victorieux dans cette épreuve. Mais préjuge-t-il aussi de leur caractère, de leur tempérament, de leur moralité, toutes considérations qui pèsent si lourdement sur l'opinion que le malade se fait de celui qui le soigne, et mesurent le degré de confiance, d'abandon, qu'il lui accorde ? La rudesse, la brusquerie, la hauteur, échappent à l'appréciation du jury, mais, par contre, sont prises en considération par le malade qui attache, à tort ou à raison, mais sans qu'on puisse lui en contester le droit, une importance énorme à l'extérieur, à la manière d'être, à la forme du langage, etc.

Pour répondre à tous ces desiderata, je préférerais un choix raisonné fait parmi les médecins ayant un minimum de trois années de résidence dans le quartier, et reconnus comme les plus méritants par leur dévouement et leur exactitude.

Les situations acquises.

Le concours n'est d'ailleurs, à tout prendre, qu'un certificat d'aptitude, puisque la fonction auquel il donne l'accès est attribuée par le Préfet pour un temps limité, 3 années. Cette constatation me ménage ma transition pour passer à l'examen de la seconde objection, l'impossibilité de toucher aux situations acquises. Ces situations ont-elles donc un tel caractère d'intangibilité ? Il suffit, pour résoudre cette question, de remarquer qu'elles sont essentiellement temporaires, que la réinvestiture préfectorale doit être renouvelée de 3 ans en 3 ans, qu'elle pourrait ne pas l'être, et qu'ainsi s'écroulerait sans recours, sans dédommagement, l'échafaudage établi sur cette base : le Concours.

D'ailleurs, et en dehors de cet argument, n'est-ce pas un fait constant qu'au fur et à mesure que les organisations sociales se transforment, les fonctions qui y sont liées se modifient augmentent, diminuent ou disparaissent ?. C'est la loi impérieuse du progrès qui veut que les institutions humaines n'aient qu'une stabilité précaire et éphémère. Malgré cela nous demandons qu'on réserve aux anciens médecins du bureau de bienfaisance une situation privilégiée dans la nouvelle organisation du service. Qu'il me soit permis d'ouvrir une parenthèse pour rappeler que quand, il y a une vingtaine d'années, les fonctions de médecin inspecteur des villes d'eaux furent supprimées, aucune compensation n'a été accordée aux confrères qui étaient détenteurs de ces fonctions. J'en appelle au souvenir de ceux qui ont, avec raison, le plus énergiquement agi pour la suppression de ces fonctions.

En réalité, les Médecins du service de l'Assistance à domicile ne sont pas des fonctionnaires au sens propre du mot. On comprend qu'un véritable fonctionnaire qui a donné tout son temps à une administration, qui trouve dans son traitement des moyens exclusifs d'existence, ne puisse sans dédommagement être dépouillé de la fonction qui le fait vivre. Il y a en effet, des usages, des règlements qui ont prévu le cas et fournissent la solution équitable en semblable circonstance. Il y a aussi des avantages attachés à ces situations. Rien de semblable n'existe pour les médecins du Bureau de bienfaisance. En particulier, ils ne touchent aucune retraite, et de nombreux jugements ont établi que, n'étant pas fonctionnaires, ils peuvent briguer les fonctions électives, être conseillers municipaux, députés, etc. Ils ne reçoivent pas un traitement, mais une indemnité qui compte peu dans leur budget. Leurs principales ressources leur viennent de la clientèle payante. Et puis, je n'ai jamais voulu dire qu'ils ne pourront pas soigner les indigents, mais seulement que les autres médecins auront les mêmes droits qu'eux. J'ajoute enfin que s'ils ont su gagner la confiance et la sympathie des indigents de leur quartier, ils seront en meilleure posture qu'un autre médecin pour en conserver la clientèle, avec un plus grand profit, mais dans quelles autres conditions d'indépendance, de dignité, de respect déontologique.

Les abus de visites.

On a prétendu, on prétend encore que le système du libre choix du médecin par l'indigent aurait une répercussion marquée sur le budget d'Assistance et le grèverait dans des proportions incalculables, mais qui dépasseraient certainement les ressources disponibles. On a été jusqu'à dire, que le nombre des visites faites aux indigents augmenterait très certainement, que certains médecins n'hésiteraient pas à en abuser, qu'ils iraient même jusqu'à s'entendre avec les indigents pour défier tout contrôle et éviter toute sanction. Expliquons-nous donc une bonne fois là-dessus. On pourrait retourner l'argument et dire : « Les médecins du Bureau de bienfaisance touchent un traitement forfaitaire tel que le prix de chaque visite augmente en raison inverse du nombre de ces visites et qu'ils se rendent coupables de l'abus contraire, en ne faisant aux indigents que des visites trop rares et trop courtes. Mais je ne veux pas employer de tels procédés de discussion et à

ceux qui ont émis cette idée je laisse la responsabilité de jeter ainsi la suspicion sur les médecins du département de la Seine. Ainsi, d'après eux, en dehors des médecins que le Préfet a tenus sur les fonts baptismaux du fonctionnarisme, il n'y a pas de salut, point d'honnêteté médicale. Ainsi on veut maintenir à Paris un véritable certificat d'études médicales supérieures bien plus dangereux que celui qui vient de disparaître, car il établit deux classes de médecins qui se distinguent non par leur valeur scientifique mais par leur moralité ! Tous les médecins fonctionnaires sont seuls réputés consciencieux, tous les autres doivent être tenus comme suspects par les pouvoirs publics ! Quelle étrange conception du rôle social du médecin !

Je ne crois pas à la généralisation de l'abus des visites, parce que nous devons reconnaître à l'ensemble du corps médical une probité foncière. Mais il me plaît de retenir l'objection comme digne d'attention au regard d'exceptions possibles; les brebis galeuses se glissent dans tous les troupeaux ! Eh bien mon projet a prévu toutes les éventualités et y pare en comprenant une Commission de contrôle formée de délégués du Syndicat, du Conseil supérieur de l'Assistance, des Municipalités, etc. ayant pour mission d'examiner les comptes présentés et d'enquêter sur les cas suspects, de formuler des conclusions et de proposer des sanctions d'autant plus sévères que les personnalités en cause doivent se tenir à l'abri de certaines faiblesses, de certaines erreurs.

Conclusions

1° Le libre choix du médecin par l'indigent malade est un droit reconnu en principe par tous ceux qui pensent et que n'aveugle pas un parti-pris qui trouve sa source dans un égoïsme fâcheux.

2° L'application pratique du libre choix ne comporte aucune difficulté sérieuse puisque 59 départements en ont fait la base de leur règlement d'Assistance médicale.

3° Il est à désirer que le système du libre choix avec paiement à la visite soit étendu à Paris.

4° L'organisation nouvelle comporterait : *a*) la faculté par l'indigent d'un quartier de choisir son médecin parmi ceux qui auraient accepté le tarif fixé et le mode de paiement proposé ; *b*) l'existence dans chaque quartier de deux médecins, soit 160 au total, qui recevraient, outre le paiement individuel de chaque visite qu'il ferait à un indigent, une indemnité annuelle de 800 francs, pour le dédommager de l'engagement qu'il prendrait d'être à la disposition des malades indigents ; *c*) une commission de contrôle destinée à rechercher les abus et à les réprimer.

5° Les arguments produits en faveur du système actuel. dit à l'abonnement, contre le système du libre choix n'ont aucune base sérieuse. Ni la crainte de l'abus des visites, ni le respect des situations acquises, ni le mode de recrutement au concours, ni enfin et surtout les considérations budgétaires ne prévalent contre les avantages du libre choix.

6° Il appartient au Syndicat des Médecins de la Seine, au Conseil Municipal de Paris, au Parlement de proposer, d'obtenir, de voter les abrogations et modifications des lois, décrets, et réglements en vigueur, en ce qu'ils ont de contraire au droit reconnu à l'individu de disposer librement de sa personne même et surtout quand il est malade, pour que soit enfin obtenue l'émancipation du malade et du médecin.

Dr Ch. DIVERNERESSE.

N. D. L. R. Le système du Dr Diverneresse pour le fonctionnnement du service médical des indigents à Paris est basé sur l'autonomie médicale de l'arrondissement. Chaque arrondissement parisien constitue, en effet, une véritable ville de plus de 100.000 habitants avec son maire, ses adjoints, ses députés, ses conseillers municipaux par quartier.

Il devient donc indispensable que les médecins de chacun de ces arrondissements ou grandes villes, forment sinon dès aujourd'hui un syndicat médical de 100 ou 150 médecins, au moins un groupement qui pourrait parler, au nom des médecins de l'arrondissement, avec le maire, les députés et les conseillers de cet arrondissement, des intérêts particuliers des malades et des médecins de cet arrondissement.

En effet, dans les arrondissements riches comme le 1er, 7e, 8e et 9e où habitent les médecins des hôpitaux et de la Faculté, ces médecins se désintéressent de la question du libre choix du médecin par l'indigent, l'employé du gaz, des tramways, etc.

Dans les arrondissements bourgeois du 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 10e, des médecins s'intéressent à cette question, mais pour combattre la liberté des employés malades, parce qu'ils sont les médecins des directeurs ou des patrons de ces ouvriers ; qu'ils les font venir chez eux, ou au besoin qu'ils vont les visiter une fois dans les arrondissements pauvres pour les envoyer à l'hôpital.

Dans les arrondissements populeux des 11e, 12e, 13e, 14e, etc., cette conquête de la liberté pour le malade prend une importance considérable et pourrait, si elle était résolue dans un sens favorable à sa liberté, faire gagner un billet de mille francs par an à chaque médecin, en moyenne.

Sans doute, si les indigents, les ouvriers du gaz et des transports en commun pouvaient choisir leur médecin, les médecins des indigents perdraient quelques honoraires du fait des indigents qui cesseraient d'aller chez eux, pour se rendre au cabinet du confrère librement choisi. Par contre, il verrait venir chez lui quelques ouvriers d'autres entreprises qui actuellement ne peuvent y venir et réciproquement les médecins du gaz perdraient quelques ouvriers du gaz mais soigneraient des indigents et des ouvriers des omnibus. Comme les visites seraient payées à un chiffre plus élevé, tout le monde y gagnerait, médecins et malades. Les privilèges qui seraient surtout atteints seraient ceux des sociétés financières ou industrielles qui nous exploitent.

Or existe-t-il actuellement un organisme pour défendre énergiquement les intérêts des médecins exerçant dans les quartiers pauvres, ou dont la clientèle se compose en majeure partie de clients peu fortunés ? Passons rapidement en revue les groupements qui se sont établis pour défendre les divers intérêts des différentes catégories de médecins exerçant à Paris.

Nous avons d'abord : les Professeurs de la Faculté qui forment avec la Faculté et grâce à leur autorité et à leurs relations un groupement puis-

sant. Personne en dehors des professeurs ne peut faire partie de ce groupe. Pas de place pour les médecins du quartier populeux bien entendu.

Puis viennent : la Société des médecins des hôpitaux, et la Société des chirurgiens des hôpitaux. N'y sont admis que les médecins et chirurgiens nommés au Concours des hôpitaux. Pas de place pour les médecins du quartier populeux.

Ensuite nous trouvons la Société de l'Internat; seuls peuvent en faire partie les anciens internes des hôpitaux de Paris. Pas de place pour le médecin praticien ne possédant pas le titre d'interne.

C'est ensuite : la Société médicale des médecins de bureaux de bienfaisance, la Société des médecins des écoles ; ce sont là 2 sociétés de médecins fonctionnaires. Impossible aux médecins de quartier qui ne font pas partie de ces administrations de se faire entendre dans ces Sociétés pour y défendre la clientèle libre contre laquelle les médecins fonctionnaires montent chaque jour à l'assaut.

Nous avions cru jusqu'à ce jour que chacune des catégories de médecins dont nous venons de parler ayant sa société pour défendre ses intérêts, le Syndicat des médecins de la Seine devait appartenir aux médecins désireux de ne vivre que de la clientèle libre. Or, les dernières élections du Syndicat des médecins de la Seine nous ont montré au contraire, que la Faculté, la Société des médecins des hôpitaux, la Société des chirurgiens, la Société de l'internat, le Syndicat des médecins des Villes d'Eaux, la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, la Société des médecins des écoles, avaient envoyé un grand nombre de leurs membres les représenter au Syndicat des médecins de la Seine, de sorte que c'est à une dizaine de voix de majorité à peine que *les médecins indépendants ou voulant le devenir* ont pu faire triompher la liste de ceux qui les défendent. On peut donc dire qu'ils ne sont pas les maîtres assurés du syndicat.

Quel groupement ont-ils donc ces médecins indépendants et ces médecins des quartiers pauvres ? Nous répondons : « Aucun ! Les autres mécins ayant mis la main sur le syndicat des médecins de la Seine ».

Eh bien, nous pensons que la question du libre choix du médecin par l'indigent leur fournit l'occasion et le prétexte de s'entendre dès aujourd'hui dans chaque arrondissement populeux pour former un groupe qui sera l'embryon d'un syndicat d'arrondissement d'une centaine de médecins, si leurs intérêts méconnus les obligeait à se défendre au moyen d'un organisme spécial et *bien à eux*.

Nous prions nos lecteurs de constater, par la lecture de l'article ci-dessous, que, sous toutes les latitudes, la ligne de conduite à adopter apparaît comme devant être la même.

FAUT-IL MODIFIER L'ORGANISATION SYNDICALE DES MEDECINS DU RHONE ?

Communication faite à la Chambre syndicale par M. le Dr Lépine, de Belleville, *à la séance du* 13 *mars* 1907.

Messieurs,

En posant cette question, je n'ai point la prétention de vouloir la résoudre en vous apportant un projet étudié et soigneusement mûri ; mon but est simplement d'attirer votre attention sur une idée qui m'a semblé opportune, en ce moment où il est question d'augmenter le taux de la cotisation.

Notre syndicat, au point de vue du nombre de ses adhérents, est bien près d'avoir atteint son complet développement ; le travail accompli chaque année par la Chambre syndicale est considérable ; il s'est accru, dans ces toutes dernières années, dans de telles proportions, que la tâche assumée par chacun des membres du Bureau devient écrasante ; plusieurs titulaires durent être désignés pour des fonctions où naguère une seule bonne volonté venait à bout de la besogne. Le nombre des Commissions d'études s'accroît bien presque tous les mois d'une unité. On ne saurait donc mettre en doute ni l'importance numérique du Syndicat des Médecins du Rhône, ni l'activité de sa Chambre syndicale et de son Bureau.

Mais ces deux facteurs de réussite, tout en étant : le premier, une garantie pour la solidité de la caisse ; le second, une condition de vitalité indispensable, ne sauraient suffire pour constituer un syndicat vraiment puissant.

S'il n'est plus possible de perfectionner notre organisation sous le rapport du recrutement et des méthodes de travail, ne serait-il pas désirable de rendre plus fructueux tous les sacrifices consentis par l'ensemble des bonnes volontés actives du Syndicat ? En d'autres termes, à l'accroissement de la somme de travail fourni par la Chambre syndicale correspond-il un développement parallèle de l'esprit syndical dans la masse des adhérents ?

Raisonnablement on pourrait le penser.

Bien des faits cependant sont là pour nous en faire douter.

Nos réunions ne devraient-elles pas être plus fréquentées ? Combien de confrères, même après avoir accepté les fonctions d'assesseurs, n'ont jamais paru aux réunions de la Chambre ? Au prix de quels efforts les résultats, péniblement acquis, sont-ils maintenus ? Quand une enquête est reconnue nécessaire, combien les appels de notre Bureau, ou de vos Commissions, provoquent-ils de réponses ? Pour ne parler que des faits récents, le dernier avis inséré au *Bulletin* de mars, à la demande de la Commission d'Assistance, n'a déterminé, à l'heure actuelle, qu'une seule et unique réponse ! Les feuilles de statistiques envoyées aux cent trente médecins de l'Assistance, sous enveloppe affranchie à 10 centimes, avec un timbre pour la réponse, auraient dû revenir toutes remplies si nos confrères prenaient un peu souci de la défense de leurs intérêts. Or, plus de soixante dix n'ont pas hésité à garder, pour eux seuls, et leurs statistiques et le timbre du Syndicat ! Sur les cinquante-trois réponses reçues, vingt et une seulement ont quelque valeur ; les autres sont trop vagues ou incomplètes pour qu'il soit possible d'en dégager une conclusion sérieuse.

L'indifférence du plus grand nombre tend à paralyser, sinon tous, du moins beaucoup trop de nos efforts. Il me semble que, sans trop exagérer, on peut comparer un grand syndicat qui se heurte à ces difficultés à une armée dotée d'un bon état-major, mais dont les troupes sont incapables de produire l'effort nécessaire pour assurer le succès.

Pour diffuser l'esprit qui anime la Chambre

syndicale, un seul moyen est efficace : c'est l'action directe, personnelle, sur le confrère ; le tête-à-tête. Vous l'avez employé pour solutionner la question mutualiste. Peut-être y pourriez-vous recourir encore pour des questions exclusivement lyonnaises ; mais vous reconnaîtrez avec moi qu'au moins pour les questions rurales, il est impraticable avec notre organisation actuelle.

Six années de participation assidue aux travaux du Syndicat m'ont donné la conviction que jamais nous ne parviendrons à résoudre pratiquement les plus importants problèmes professionnels, si nous n'organisons pas méthodiquement l'action individuelle.

Et d'abord cette action est-elle possible dans un grand syndicat, dans un syndicat départemental, comptant plus de quatre cents adhérents ? L'obtiendrions-nous par l'institution de syndics chargés de vivifier les différentes régions en lesquelles serait divisé le territoire départemental ? Cela me paraît fort douteux, car en admettant qu'assez de bonnes volontés surgissent, elles seraient isolées au moment de l'action, et, après quelques timides assauts, elles risqueraient fort, par lassitude, de passer au camp adverse. Il n'en serait pas ainsi si ce même rôle était confié à un groupe de confrères ; et cette conception nous amène à penser que, pour obtenir la cohésion désirable entre tous les médecins syndiqués du département, le moyen le plus efficace serait la création de syndicats locaux, comme il en existe un modèle à Villeurbanne. Sur les adhérents d'un petit syndicat, l'action directe individuelle est toujours possible.

Tous ces groupements stables jouiraient de leur autonomie pour les questions purement locales ; ils feraient sur ce terrain l'union entre tous les médecins d'une même région judicieusement délimitée ; et quand viendrait le moment de mettre en pratique une décision émanant du Syndicat départemental, tous ces rouages secondaires entrant en fonction simultanément, les résultats recherchés ne pourraient manquer d'être atteints.

Cet idéal pourrait-il se réaliser, et comment ? Le Syndicat actuel devrait d'abord procéder lui-même à la formation des syndicats locaux, qui, naissant ainsi par scissiparité, moyen plus sûr que l'hypothétique génération spontanée, seraient alors, dès leur origine, pourvus de tous les attributs d'une puissante vitalité. Leur rôle serait d'assurer la discipline et de solutionner les questions d'intérêt local.

A leur tour, ces unités groupées reconstitueraient un syndicat départemental, qui serait la continuation du présent Syndicat transformé en Fédération ou l'Union des syndicats médicaux du Rhône, mais conservant ses finances, son conseil judiciaire, son *Bulletin*, ses archives, et dont le Bureau deviendrait une émanation véritable des groupements locaux.

Au Syndicat départemental seraient traitées les seules questions d'intérêt général, celles communes à tous les groupements fédérés. Il pourrait jouer le rôle d'un conseil de famille quand une difficulté surviendrait entre confrères ; il continuerait à servir d'arbitre ou de conseil dans les litiges avec les clients ou les administrateurs.

Avec cette organisation, l'éducation professionnelle serait plus rapidement propagée ; autour de l'unique foyer actuel de diffusion, sept ou huit foyers satellites se constitueraient. L'autonomie de chacun de ces groupes encouragerait les initiatives individuelles en matière de réformes locales.

Les médecins de Lyon n'auraient plus à s'occuper des questions d'assistance, de vaccination et de tant d'autres qui n'intéressent que les ruraux. Ils pourraient à loisir créer des cours d'infirmiers, fonder un office médical, organiser d'autres services destinés à leur usage particulier. Vis-à-vis des accidentés du travail, des mutualistes, des payants à l'hôpital, la façon d'agir des médecins du Rhône ne peut être uniforme ; chaque groupement d'intérêts adopterait la solution qui lui paraîtrait la plus favorable.

A ces avantages : culture professionnelle plus intense, liberté d'action plus grande, s'ajouterait surtout celui d'une coordination meilleure des efforts communs assurant leur succès.

Si la Chambre syndicale veut fixer son attention sur cet avant-projet, je lui demanderai de vouloir bien l'inscrire à l'ordre du jour d'une de ses prochaines séances. Si, après discussion, elle émet à son endroit une opinion favorable, elle pourrait alors choisir dans son sein une Commission de trois à cinq membres chargée de provoquer la désignation, par les différents groupements futurs alors prévus, de délégués, qui formeraient avec elle une grande Commission d'études. Le nombre des représentants de chaque groupe devrait être proportionnel à son importance numérique. Des travaux de cette Commission, particulièrement qualifiée, découlerait l'accueil à faire au projet.

Dr Lépine (de Belleville-sur-Saône).
Vice-président du Syndicat du Rhône.

THÉRAPEUTIQUE

Les inhalations en thérapeutique,

Par le docteur M. Jungmann.

Les excellents résultats obtenus en thérapeutique par les inhalations, dans le traitement des différentes maladies des voies respiratoires, ont engagé les praticiens, surtout dans ces dix dernières années, à appliquer ce procédé contre la tuberculose du larynx et des poumons.

Par suite du mouvement général en faveur des sanatoria, la méthode des inhalations était, pendant un certain temps, restée en arrière ; on y revient maintenant avec empressement et confiance.

D'après la plupart des auteurs modernes, une thérapeutique rationnelle d'inhalations dépend de deux conditions : 1° de l'emploi d'un médicament vraiment actif ; 2° d'un appareil techniquement aussi perfectionné que possible et permettant de faire pénétrer le médicament, sous la forme voulue, aux parties malades. Cette dernière condition paraît, maintenant, être complètement remplie ; on a, en effet, construit des appareils qui rendent possible la pulvérisation du médicament, tout en régularisant sa chaleur et qui réalisent même la pulvérisation des substances actives fixes.

A l'aide de ces régulateurs thermiques indiqués par Bulling, Hering et autres, on peut modifier, à volonté, la température des substances

fluides destinées aux inhalations, les pulvériser des plus finement et leur donner ainsi la facilité de pénétrer, comme un gaz, dans toutes les parties du poumon qui participent à la respiration. On facilite, ainsi, d'ailleurs, l'expectoration par l'inspiration d'air tiède et humide ; la matière infectieuse est expulsée des voies respiratoires et l'échange vital des poumons se trouve favorisé, pendant qu'on agit directement par l'introduction du médicament jusqu'au foyer de la maladie.

Il ne faut plus douter, d'après les essais d'Emmerich, dit Schrötter au Congrès International de Madrid, que les médicaments d'une certaine concentration peuvent être portés de cette façon dans les parties bronchiques les plus profondes et y déployer ainsi toutes leurs vertus curatives.

Mais quel est le médicament le plus apte à assurer ce résultat et sous quelle forme doit-il être employé ? Naturellement la condition principale est que le mélange gazéiforme destiné à l'inhalation soit respirable et que la substance médicamenteuse ne soit pas dans une concentration telle qu'elle devienne trop irritante pour la muqueuse du larynx, car elle provoquerait de violentes quintes de toux qui l'empêcheraient de pénétrer dans les voies respiratoires plus profondes. Il est donc nécessaire que le médicament soit plus ou moins étendu ; ceci,cependant, n'est pas toujours possible quand il s'agit,par exemple,de produits insolubles dans l'eau.

Heryng propose, en conséquence, puisqu'il s'agit le plus souvent de préparations dérivées du goudron, de les dissoudre d'abord dans l'alcool et d'ajouter ensuite de l'eau en quantité suffisante pour obtenir une émulsion laiteuse.

J'ai fait, moi-même, il y a 2 ans 1/2, des essais d'inhalations avec une solution alcoolique de créosote et je n'ai cependant obtenu aucun résultat satisfaisant. Les malades, souvent, se plaignirent de la saveur de l'alcool comme plus désagréable que celle de la créosote, et de picotements cuisants et continus dans la gorge. J'ai encore hésité, bientôt, surtout chez les enfants,à faire pénétrer journellement de l'alcool dans les voies respiratoires qui absorbent si bien et sont si faciles à irriter et j'ai abandonné ce genre de solution. J'eus alors recours pour les inhalations à une préparation au vasogène, laquelle tout en étant neutre, a l'avantage d'être soluble dans l'eau, je veux parler d'un vasogène contenant 20 % de créosote.

On conçoit que je me sois servi précisément du vasogène à la créosote puisque la créosote agit non seulement comme bactéricide mais en même temps comme stimulant extraordinaire de l'appétit. Est-ce que cette propriété se manifeste aussi bien lorsqu'on fait inhaler le médicament que lorsqu'on le fait absorber par l'estomac ? la question n'était pas difficile à éclaircir. Théoriquement, je me basais sur les essais de Schetelig qui, ayant pratiqué des injections sous-cutanées de gaïacol, prétend que ce médicament relève l'appétit et la digestion, qu'il soit absorbé par l'estomac ou injecté dans la fesse. Pratiquement, j'ai pu constater les mêmes résultats favorables. Cependant l'usage prolongé interne de la créosote corrode la muqueuse stomacale et peu à peu finit par troubler la digestion ; au contraire, je n'ai jamais observé de troubles semblables chez les malades qui employaient les inhalations même pendant plusieurs mois. En effet, dans tous les cas que j'ai traités par inhalations au créosotosol, j'ai pu constater non seulement le relèvement mais aussi la persistance normale de l'appétit et le plus souvent l'augmentation considérable du poids des malades. J'ai donc pu faire pénétrer ainsi la créosote dans les organes respiratoires et dans la circulation sous une forme inoffensive et absorbable, sans être obligé de charger l'estomac ; de plus, grâce à l'inspiration d'air tiède et humide j'obtenais une action éminemment favorable à l'expectoration.

J'ai d'abord employé le Thermo-régulateur de Bulling avec lequel j'ai traité quelques cas de phtisie au début, et, pour rester bref, je ne citerai que les deux observations cliniques suivantes :

1° Hugo L... (7 ans) entré le 20 octobre 1904. Cet enfant souffrait, depuis le mois de juin, de toux avec expectorations et sueurs nocturnes, il n'avait pas d'appétit et sa mère disait qu'il avait beaucoup maigri. Ses parents d'ailleurs, étaient tous les deux tuberculeux. L'examen indiquait infiltration et inflammation aiguë du sommet droit, inflammation plus légère du sommet gauche ; de nombreux bacilles dans les crachats. Je fis inhaler au petit malade dix gouttes de créosotosol dilué. Quelques heures après, vomissements, toux et expectoration avec recrudescence les jours suivants : la langue était un peu chargée.

J'interrompais le traitement pendant trois jours et le reprenais le 24 octobre avec cinq gouttes de créosotosol qui étaient, cette fois, bien supportées. L'appétit se relevait vivement, la toux et l'expectoration diminuaient peu à peu. J'élevais alors la dose à 8 gouttes. Le 7 novembre l'enfant ne toussait plus ; enfin le 11 novembre je pratiquais une dernière inhalation. A cette date, l'examen permettait de constater seulement une matité relative au-dessous de la « fosse supraclaviculaire droite » ; plus de râles dans les bronches. En somme, l'état général ne laissait plus rien à désirer ; la toux et l'expectoration avaient disparu, l'appétit était très bon et on observait une augmentation de poids de trois livres. Le 10 avril 1905, c'est-à-dire 5 mois plus tard, la mère de cet enfant nous confirmait qu'il continuait à bien se porter et qu'il ne ressentait de troubles d'aucune sorte.

2° Mad. Marie G... (34 ans) souffrait des poumons depuis quatre ans et se plaignait de toux, expectoration, point du côté gauche et douleurs entre les épaules ; malgré cela bon appétit. L'exploration clinique indiquait une infiltration légère avec inflammation du côté droit ; l'examen bactériologique dévoilait la présence du bacille de Koch. Je fis inhaler 10 gouttes de Créosotosol par jour ; mais après la 4e inhalation, il se déclarait une petite hémorrhagie qui me mettait dans l'obligation d'interrompre le traitement pendant trois semaines. Puis les inhalations furent reprises et on les cessa définitivement à la fin de la 4e semaine. L'examen final montrait un état général satisfaisant, et localement, plus de troubles pathologiques.

Malheureusement, l'appareil de Bulling était vite dérangé, et après plusieurs réparations, ne pouvait plus être utilisé ; je ne pouvais donc employer que l'appareil ordinaire à inhalations. A l'aide de cet instrument je traitais un garçon de dix ans atteint d'une légère inflammation catar-

rhale du sommet et d'une tumeur tuberculeuse de la corde vocale gauche. Je lui fis inhaler au début 5 gouttes de créosotosol et j'élevai la dose progressivement jusqu'à dix gouttes. Cette cure qui n'était aidée par aucun autre moyen thérapeutique fut d'une durée d'environ 4 mois, après lesquels la tumeur était complètement guérie et le catarrhe avait tout à fait disparu. L'augmentation de poids du malade était d'ailleurs de neuf livres.

Je dois déclarer que les malades que j'ai cités plus haut m'avaient été adressés par un médecin des pauvres qui contrôlait les résultats ; et les conditions familiales dans lesquelles ils vivaient étaient des plus précaires et des plus modestes.

J'ai ensuite soigné de la même façon et avec le même succès deux cas de laryngite tuberculeuse et bon nombre de tuberculoses pulmonaires du 1er degré. Je faisais inhaler 10 à 15 gouttes de créosotosol très dilué, 5 à 10 gouttes pour les enfants. Cette méthode n'a pas, il est vrai, donné de résultats dans les cas graves ; cependant, il y a toujours eu augmentation de l'appétit et souvent même, mais passagèrement, amélioration de l'état général.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux qu'on puisse obtenir dans les cas légers de tuberculose pulmonaire et surtout de laryngite tuberculeuse d'excellents résultats au moyen d'appareils simples, mais bien entendu, quand on connaît bien la technique des inhalations et qu'on sait l'employer exactement.

Cependant, je suis en droit de présumer que mes essais auraient donné des résultats plus favorables et plus rapides encore, surtout chez les malades plus gravement atteints, si je m'étais servi du Thermorégulateur construit par Héryng. Cet appareil, d'après la description parue dans le *Ber. kl. Wochensch.* (n° 11, 12e année, 1906) paraît devoir répondre à tout ce qu'on peut exiger d'un bon appareil à inhalations. Il me reste donc à compléter mon expérimentation dans ce sens, mais d'ores et déjà je prie tous ceux de mes confrères qui ont une nombreuse clientèle de tuberculeux, par exemple les directeurs de sanatoria et de stations d'inhalations, de contrôler les expériences que j'ai faites avec le vasogène créosoté.

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Preuve de la créance médicale

Cour de Cassation. — Chambre des requêtes
27 *mars* 1907.

Nous publions ci-après le très important arrêt que vient de rendre la Chambre des requêtes — et dont nos lecteurs auront la primeur —, rejetant le pourvoi qui avait été formé par la cliente récalcitrante du Dr R..., chirurgien, contre l'arrêt de la 2e Ch. de la Cour d'appel de Paris du 15 mars 1905, que nous avons reproduit *in extenso* et commenté, dans le n° du *Concours médical* du 22 avril 1906, p. 253 (n° 16).

La Cour,

Ouï M. le Conseiller Zens en son rapport, M. Mornard, avocat, en ses observations et M. l'avocat général Feuilloley en ces conclusions ;

Sur le moyen unique pris de la violation des art. 1341 et 1348 code civil ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 1348 du code civil, la règle de la prohibition de la preuve testimoniale au-dessus de 150 francs reçoit exception lorsqu'il n'a pas été possible à une partie de se procurer une preuve écrite du fait juridique invoqué par elle ; que cette impossibilité peut être relative et morale ;

Attendu que le Dr Reynier, appelé à donner ses soins à la dame Bonnet, fille de la dame Boutenjeun, sur le refus de celle-ci de lui payer ses honoraires, articule et offre de prouver une série de faits d'où résulterait un engagement personnel de la dite dame ; qu'ainsi et notamment, c'est la dame Boutenjeun, chez laquelle demeurait la dame Bonnet, sa fille, qui a fait appeler, pour soigner cette dernière, deux médecins dont elle a payé les honoraires ; qu'elle a prié l'un d'eux, le Dr Ricoux, de faire choix d'un chirurgien et de tout régler en vue de l'opération jugée nécessaire, lui déclarant que son gendre n'était rien chez elle, et qu'il fallait sauver la malade à tout prix ; que c'est à sa demande que le demandeur éventuel a été appelé, et que c'est d'accord avec elle qu'il a fait transporter la dite malade dans la maison de santé dont les frais ont été réglés par la dame Boutenjeun ;

Attendu que, pour accueillir cette demande d'enquête, la Cour de Paris pose en fait *qu'un usage fondé sur la nécessité et sur l'intérêt des malades en même temps que sur le respect et la dignité du médecin ou du chirurgien s'oppose à ce qu'il exige de ses clients ou* DES PERSONNES QUI REQUIÈRENT L'ASSISTANCE DE SON ART *l'engagement écrit de payer ses honoraires ; qu'il résulte de là l'impossibilité dans le sens de l'art.* 1348 *sus-visé* ;

Attendu que les juges du fait sont investis à cet égard d'un pouvoir souverain d'appréciation ; qu'il suffit qu'ils aient constaté, d'après les circonstances de la cause, une impossibilité de se procurer une preuve écrite pour que la preuve soit légalement admissible ; d'où il suit que la décision attaquée, suffisamment motivée, échappe au contrôle de la Cour de cassation.

Par ces motifs, rejette le pourvoi.

Nous n'avons que de très courts commentaires à ajouter aux observations que nous avons présentées dans le n° sus-visé du *Concours*, à la suite de l'arrêt de la cour d'appel, obtenu avec l'appui du « Sou médical ».

C'est le *bon sens* même qui avait inspiré l'arrêt attaqué, et c'est aussi la magistrale consultation qu'avaient rédigée MM. Brouardel et Lereboullet et dont nous avons donné le texte intégral dans notre n° du 15 mars 1905.

Il est clair, en effet, que cet usage impérieux, basé sur la dignité du médecin, comme sur l'intérêt des malades, et qui s'oppose à ce qu'un médecin réclame une preuve par écrit des engagements pris envers lui de rémunérer ses soins, existe aussi bien vis-à-vis d'une tierce personne, (parente du malade, ou maître ayant le malade à son service), que vis-à-vis du malade lui-même. Et il en est de même, soit que l'engagement de payer les soins médicaux ait été pris par ce tiers au début du traitement, ou alors que le traitement était commencé.

La Cour de Paris a admis avec raison que les mœurs actuelles imposent au médecin la même réserve à l'égard de l'entourage du malade que

vis-à-vis de ce dernier. L'impossibilité morale est la même dans les deux cas.

Aussi avons-nous été étonné que, récemment, et bien que connaissance lui eût été donnée de la jurisprudence toute récente de la Cour de Paris, le tribunal de Chartres ait rendu un jugement dans lequel il déclare que « si les médecins ne « sont pas tenus, avant de donner leurs soins à « leurs malades, d'exiger qu'ils prennent par écrit « l'engagement de leur payer leurs honoraires, il « ne saurait en être ainsi, lorsqu'au cours de la « maladie, un tiers intervient auprès du médecin « traitant et consent à le désintéresser ; qu'en ef- « fet ce médecin n'est pas obligé vis-à-vis de ce « tiers à la même réserve qu'à l'égard de son ma- « lade, et que, dès lors, si ce tiers s'engage pour « une somme supérieure à 150 fr., le praticien doit « le faire constater par un acte, comme l'exige « l'art. 1341 du code civil ». Le tribunal a d'ailleurs légèrement modifié pour les besoins de son raisonnement l'exposé des faits allégués et offerts en preuve par le demandeur. Quand, au cours d'un traitement, un tiers qui a un intérêt moral ou autre à la guérison d'un malade, tel qu'un maître à l'égard d'une personne blessée à son service, comme dans l'espèce soumise au tribunal de Chartres, ou les père et mère à l'égard de leurs enfants majeurs et insolvables comme dans l'espèce jugée par la cour de Paris, viennent dire au médecin : « N'épargnez pas vos soins au malade, et ne craignez rien pour vos honoraires, c'est moi qui vous les réglerai », comment le médecin pourrait-il, sans violer les règles de convenance que les mœurs lui imposent, exiger la signature d'un engagement écrit ? Il ne sait même pas encore si les soins nécessités par la maladie donneront naissance à une créance supérieure à 150 fr. pour laquelle la preuve par écrit serait nécessaire d'après le droit commun en matière d'obligations. Le cas est tout différent de celui où, après la terminaison du traitement, un tiers interviendrait pour régler le médecin et lui promettrait le paiement de sa note d'honoraires, définitivement arrêtée. A ce moment, le médecin n'est plus tenu à la même réserve et il ne se trouve plus dans la situation de paraître vouloir subordonner les soins à donner au malade à la signature, par le tiers d'un engagement de le régler.

Aussi le Sou médical regrette-t-il de ne pouvoir frapper d'un pourvoi la surprenante décision des juges de Chartres, par le motif que l'exposé aussi bien que l'appréciation des circonstances d'où découle l'impossibilité morale échappe à la censure de la Cour suprême.

Mais il est à espérer qu'après le rejet du pourvoi formé contre l'arrêt de la Cour de Paris, l'autorité morale qui s'attache aux décisions de cette haute juridiction, sera suffisante pour que, surtout dans le ressort de cette Cour les tribunaux inférieurs cessent de se mettre en contradiction avec elle dans l'appréciation d'une situation juridique aussi nette que celle imposée par les mœurs au médecin dans ses rapports avec ses malades et leur entourage. Il est à espérer que la décision de la Cour de Paris et de la Cour de cassation feront tomber, en matière de preuve de la créance médicale, des scrupules de juristes qui aboutissent à la fois à la violation de l'équité et à la méconnaissance des mœurs, sans qu'il soit possible d'invoquer l'excuse d'un texte de loi qui empêche de mettre d'accord le droit avec le juste.

Georges GATINEAU,
Avocat à la cour d'appel
Conseil du « Sou médical. »

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association Amicale maladie

Réunion trimestrielle du 28 mars 1907.

La séance est ouverte à trois heures.

Présents : MM. Maurat, Lepage, Gassot, Mignon et Jeanne.

Excusé : M. Cézilly.

Le Conseil entend MM. Gassot et Lepage au sujet des études faites, de concert avec le Conseil de l'Association Générale, pour la création d'une combinaison D. formant Caisse de pensions pour la veuve et les orphelins après décès du Sociétaire. Mandat est donné à MM. Lepage et Gassot de continuer les pourparlers, dans le sens de « création à placer sous la gestion directe de l'Amicale. »

Il est procédé au vote des indemnités suivantes dont le total imposant montre le tribut payé à la grippe par le Corps médical, dans le trimestre qui vient de se terminer.

13	34 jours	340	»
43	32 jours	320	»
51	60 jours 4 mois	1000	»
63	22 jours	220	»
74	14 jours	140	»
80	3 mois	300	»
106	25 jours	250	»
114	4 jours 1/2 Comb	20	»
134	2 jours	20	»
137	60 jours + 49 jours chr	763	25
147	3 mois	300	»
150	3 mois	300	»
154	14 jours	140	»
165	8 jours	80	»
173	3 mois	300	»
179	3 mois	300	»
186	3 mois	300	»
194	14 jours	140	»
208	8 jours chr	26	65
215	42 jours	420	»
217	37 jours	370	»
238	3 mois	300	»
262	28 jours	280	»
266	10 jours	100	»
273	18 jours	180	»
293	42 jours	420	»
305	22 jours	220	»
330	5 jours	50	»
332	3 mois	300	»
346	60 jours + 12 jours chr	639	95
354	60 jours + 3 jours chr	610	»
732	3 mois	300	»
378	2 mois + 11 jours chr	236	65

383	17 jours	170	»
384	19 jours	190	»
386	16 jours	160	»
387	28 jours	280	»
421	3 mois	300	»
439	14 jours	140	»
464	12 jours	120	»
469	60 jours	600	»
480	60 jours + 6 jours chr.	620	»
481	56 jours	560	»
494	8 jours	80	»
496	43 jours	430	»
498	60 jours +27 jours chr.	689	90
509	3 mois	300	»
545	9 jours	90	»
546	15 jours	150	»
573	35 jours	350	»
578	12 jours	120	»
586	13 jours	130	»
599	32 jours	320	»
603	12 jours	120	»
650	8 jours	80	»
680	17 jours	170	»
685	14 jours	140	»
700	26 jours	260	»
737	1 mois + 20 jours chr.	166	60
764	2 jours chr.	6	65
828	42 jours	420	»
835	24 jours	240	»
839	24 jours	240	»
848	12 jours	120	»
855	37 jours	370	»
861	16 jours	160	»
870	9 jours	90	»
888	27 jours	270	»
894	14 jours	140	»
907	42 jours chr.	139	85
920	8 jours	80	»
934	35 jours	350	»
957	3 mois	300	»
970	3 mois	300	»
1003	8 jours	80	»
1014	20 jours	200	»
1028	12 jours	120	»
1034	15 jours	150	»
1046	24 jours + 21 jours chr.	310	»
1061	6 jours	60	»
1065	30 jours	300	»
1067	20 jours	200	»
1074	3 jours	30	»
1082	8 jours	80	»
1094	24 jours	240	»
1141	11 jours	110	»
1149	1 jour	10	»
1154	3 mois	300	»
1157	11 jours	110	»
1172	7 jours	70	»
1176	4 jours	40	»
1186	17 jours	170	»
1187	31 jours	310	»
1194	11 jours	110	»
1199	38 jours	380	»
1202	28 jours	280	»
1205	54 jours	540	»
1209	18 jours	180	»
1217	2 mois + 17 jours chr.	256	60
1225	1 mois	100	»
1232	28 jours	280	»
1275	48 jours	480	»
	Total	24.646.10	

Seize confrères sont ensuite admis à la combinaison A, et cinq à la combinaison C.

Deux ajournements sont prononcés, dont l'un pour non affiliation à une Société locale agrégée à l'A. G.

ADMISSIONS

Combinaison A.

MM.

HOURS, à Saint-Flour (Cantal).
DANEL, à Lille (Nord).
BOISSAT, au Péage-de-Roussillon (Isère).
COSTE, Anneyron (Drôme).
BERNARD, à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire).
ROBILLIARD, à Pujols (Gironde).
SAUSSINE, à Pont-de-Labeaume (Ardèche).
BRIANES, à Visan (Vaucluse).
ISAAC, à Bèze (Côte-d'Or).
ROBERT, à Flogny (Yonne).
FLOUR, à Bray-sur-Somme (Somme).
SALLES, à Aups (Var).
MANESSE, à Bertry (Nord).
VIGNES, à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).
MAZET, à Chalabre (Aude).
BACQUE, à Limoges (Haute-Vienne).
SILVIE, à Mareuil-sur-Arnon (Cher).
DEHON, à Lille (Nord).
GRANIER, à Graissessac (Hérault).

Combinaison C.

MM.

MAIRE, à Vichy (Allier).
VITRY, à Cette (Hérault).
RAYROLLES, à Pierrefort (Cantal).
PÉRION, à Nantes (Loire-Inférieure).

Après communication par M. le Dr Mignon, secrétaire général, des faits intéressants relevés dans la correspondance et des solutions données aux petits problèmes ainsi soulevés, la séance est close à cinq heures.

Le secrétaire des séances,
Dr JEANNE.

Le Présidenl,
Dr MAURAT.

Assemblée des médecins de la Loire

du 24 *Février* 1907

L'apparition du décret ministériel instituant le Certificat d'Etudes médicales supérieures a soulevé, on le sait, dans le monde médical, une émotion considérable. Les syndicats médicaux ont protesté ; des délégations ont été envoyées au Ministre de l'instruction publique qui devant le tolle général promis de changer le titre du nouveau diplôme, mais...... n'a pas rapporté son décret (1).

Dans ces conditions, il a paru à quelques personnalités médicales que l'occasion était bonne de provoquer un Congrès des praticiens de France pour protester énergiquement contre la nouvelle institution qui était de nature à léser par trop les droits des médecins exerçants.

Au même instant, éclatait à Paris des troubles universitaires qui ont amené la fermeture momentanée de la Faculté : on venait de décider la création d'une chaire de laryngologie ; le bruit

(1) Un décret présidentiel vient de rapporter ce décret instituant le certificat.

courait que le docteur Sébileau, agrégé, allait être nommé, et les étudiants protestaient contre ce choix, manifestant hautement et bruyamment leurs préférences pour le docteur Castex, non agrégé, mais chargé jusque là du cours par la Faculté. Au moment où ces troubles remettaient sur le tapis la question de l'enseignement médical en France, peu de temps après les luttes entre le docteur Doyen et les officiels, le comité d'organisation du Congrès des praticiens considéra que les médecins étaient plus à même que n'importe qui de savoir par où péchait l'enseignement officiel, et qu'il leur appartenait de prendre l'initiative de proposer les réformes urgentes. Enfin, du moment que les praticiens se réunissaient, il fallait en profiter pour leur demander leur avis sur une des questions à l'ordre du jour dans la pratique courante, le libre choix du médecin. Le Congrès qui va se réunir cette année comporte donc comme programme : la question du certificat d'Etudes médicales supérieures, la réforme des Etudes médicales et le libre choix des médecins.

Sur l'invitation du comité directeur de l'Union des Syndicats médicaux du S.-E. et conformément à ce qui s'était passé dans d'autres départements, le bureau du Syndicat des Médecins de l'arrondissement de St-Etienne a pris l'initiative de provoquer une assemblée des Médecins de la Loire, et a adressé une invitation à tous les confrères du département, syndiqués ou non.

La réunion a eu lieu le 24 février dernier ; la plupart des confrères empêchés s'étaient excusés, beaucoup avaient envoyé leurs observations personnelles.

Le docteur Albertin, chirurgien des Hôpitaux de Lyon et président de l'Union des Syndicats du Sud-Est était venu présider la réunion, accompagné du docteur Bolliet, l'infatigable secrétaire général de l'Union.

Voici le procès-verbal de cette assemblée :

« Le Docteur Faure, président du Syndicat de St-Etienne, ouvre la séance en souhaitant la bienvenue aux deux confrères lyonnais venus pour assister à la réunion, et les remercie, ainsi que les Médecins qui se sont dérangés pour répondre à notre appel.

Après quelques mots du docteur Albertin qui insiste sur la nécessité de se grouper, la parole est donnée au docteur Layral pour la lecture d'un rapport sur le libre choix du médecin.

Après quelques observations du docteur Kahn, qui croit que la question financière rendra difficile l'obtention du libre choix du médecin pour les indigents, et du docteur Ladevèze sur la non-réalité pratique du choix du médecin pour les accidents du travail, les conclusions suivantes du docteur Layral sont adoptées à l'unanimité.

« L'assemblée des médecins de la Loire tenue à « St-Etienne, le 24 février 1907, considérant que « tout individu malade a le droit de choisir son « médecin, est d'avis qu'il y a lieu d'instituer une « commission chargée de rechercher les voies et « les moyens d'assurer le plus promptement possible ce résultat ».

Le signataire de ce compte-rendu lit ensuite un rapport sur la réforme des études médicales ; les vœux suivants sont adoptés à l'unanimité.

Vœux des Praticiens de la Loire concernant la Réforme des Etudes Médicales

1°. — Suppression de toute mesure tendant à rendre plus facile l'accès à l'enseignement, et notamment à celui de la médecine ;

2°. — Suppression du P. C. N., ou modification dans un sens nettement en rapport avec les études médicales.

3°. — Réforme des études médicales dans un sens pratique ;

4°. — Suppression du Certificat d'Etudes médicales supérieures ;

5°. — Choix des professeurs basé uniquement sur les titres scientifiques et la valeur enseignante et pouvant se porter sur tout savant pourvu du titre de docteur en médecine ;

6°. — Obligation pour les professeurs de faire de l'enseignement ;

7°. — Rémunération suffisante des professeurs par les villes ou l'Etat, pour qu'il leur soit possible de vivre sans faire de clientèle.

M. Albertin donne ensuite lecture d'une lettre du docteur Laurent, député de la Loire. Celui-ci fait connaître qu'on a obtenu du Ministre de l'Instruction publique que les membres des Syndicats soient compris dans la liste des membres de la commission qui va être nommée pour étudier la réforme des études de médecine. Le docteur Roussel est désigné à l'unanimité pour être proposé à l'agrément du Ministre.

Enfin, le président indique de quelle manière le comité d'organisation du congrès des praticiens a entendu la participation des syndicats au congrès. Les délégués auront autant de voix que leurs syndicats comprend de membres, à la condition d'envoyer pour frais du congrès, un franc par membre. L'assemblée désigne les docteurs Layral, Faure et Odin, et les membres du Syndicat de l'arrondissement de Saint-Etienne votent la cotisation de un franc par membre.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée après quelques mots du docteur Albertin.

Ajoutons qu'un diner excellent, servi par M. Santoni, a réuni une partie des confrères qui avaient assisté à l'assemblée.

Dr RIOLACCI.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Vade Mecum du médecin dans son intervention pour les accidents du travail régis par les lois de 1898-1902-1905, d'après les documents du *Concours médical* et du *Sou médical*, recueillis et publiés par le docteur G. DUCHESNE, membre du Comité de Rédaction du *Concours médical*. Prix : 2 fr. (Bureau du Concours).

Tel est le titre de la brochure que nous venons d'éditer.

En présence des nombreuses demandes de renseignements qui nous arrivent chaque jour, de tous les coins de la France, à propos de l'interprétation ou de l'application de tel ou tel article ou paragraphe de la loi, et devant l'impossibilité où nous nous trouvons de pouvoir répondre aux questions que nous posent nos correspondants, avec toute l'ampleur et tout le développement désirables, nous avons eu l'idée de grouper tous les documents épars dans les collections des 9 dernières années du *Concours médical*, de manière à les présenter sous une forme éminemment prati-

que, et telle que, dans l'état actuel de nos connaissances, il soit facile au lecteur de trouver rapidement la solution de la difficulté en présence de laquelle il est placé, ou tout au moins de quelque cas analogue.

Nous avons chargé notre camarade le Dr Duchesne de ce précieux travail d'agencement dont il s'est acquitté aussi consciencieusement que possible, et nous ne pouvons mieux faire, en guise de présentation à tous nos collègues, que de reproduire ici l'avant-propos dont il a fait précéder ce vade-mecum que nous recommandons à leur bienveillante attention et à leurs réflexions. H. J.

AVANT-PROPOS.

Si les lois, comme les peuples, mesurent leur bonheur en raison inverse du bruit qu'elles font dans le monde, la loi de 1899 sur les accidents du travail ne saurait être considérée comme une loi heureuse. Très jeune encore, — elle compte tout juste 8 années d'existence, — elle a déjà en effet une histoire, et les flots d'encre qu'elle a fait couler ont certes formé la matière de plus d'un volume.

Il n'est qu'élémentairement juste de convenir qu'elle procède d'un sentiment extrêmement louable et légitime en soi, et la reconnaissance légale du risque professionnel avec toutes ses conséquences consacre le droit des ouvriers et le devoir de leurs employeurs, droit et devoir de protection. On pourrait même s'étonner qu'il ait fallu attendre si longtemps pour en arriver là. Notre époque sera glorieuse parce qu'elle aura été témoin des louables efforts des classes dirigeantes à résoudre des problèmes sociaux qui se posent depuis qu'il existe des Sociétés organisées, car la solution de chacun d'eux marque une étape et une ascension vers l'application pratique des grands principes d'équité et de solidarité qui dominent l'humanité tout entière.

Cet hommage rendu aux idées directrices de ces tentatives, nous avons le droit de dire que de tels efforts n'ont pas été couronnés de tous les succès qu'escomptèrent leurs auteurs. Pourquoi faut-il que toute entreprise humaine, par cela même qu'elle est humaine, soit entachée d'imperfection ? Excellente dans ses intentions, la loi de 1898 qui touchait à des intérêts si divers et si opposés, a été traduite en un langage qui a mis aux prises une fois de plus l'esprit et la lettre, et les conflits qui ont surgi dès sa réalisation effective et son application ont été tels que la nécessité d'un remaniement s'est déjà fait deux fois sentir d'une façon impérieuse ; nous comptons bien d'ailleurs que le dernier mot n'en est pas dit et que de nouveaux amendements, de nouvelles corrections interviendront pour le plus grand respect, la sauvegarde la plus efficace des intérêts, de tous les intérêts en présence.

Médecins, nous nous sommes surtout préoccupés de la loi dans ses rapports avec nous. Soucieux avant tout des droits éminemment respectables du Corps médical — *quorum pars magna sumus* ! — nous nous sommes toujours efforcés de prévoir, de déjouer, de combattre les manœuvres qui ne tendaient rien moins qu'à le mettre en coupe réglée et à l'exploiter indignement. Nous y avons réussi dans une certaine mesure et nul, parmi nous, ne saurait oublier, à moins d'ingratitude, le rude et bon combat mené par DIVERNERESSE l'ouvrier de la toute première heure pour le succès des idées qui nous sont chères. Mais il reste encore fort à faire : nous en avons pleine conscience et voulons persévérer dans la voie au bout de laquelle nous entrevoyons le triomphe de la bonne cause.

Dans ce but, nous avons résolu de coordonner dans la petite brochure que nous mettons aujourd'hui à la disposition de nos confrères tout ce qui leur est utile, indispensable de connaître de la loi de 1898. Laissant systématiquement de côté ce qui en est étranger aux médecins, ainsi que les questions purement scientifiques qui y sont afférentes, nous nous sommes bornés à recueillir et à reproduire ici tout ce qui a trait à la partie déontologique proprement dite, c'est-à-dire aux droits et aux devoirs des médecins dans toutes les circonstances où ils doivent intervenir pour l'application de la loi.

Nous voulons simplement, pour répondre d'un coup aux sollicitations dont nous sommes l'objet, mettre entre les mains de nos confrères les éléments d'une documentation aussi complète que possible, en un VADE-MECUM, capable de leur donner des indications générales suffisamment instructives pour qu'ils puissent en faire application aux cas particuliers en présence desquels ils se trouvent. Nous prendrons donc la loi à son origine et nous nous contenterons d'esquisser son histoire au cours de ces 8 années, pour en arriver finalement à préciser les acquisitions ou les pertes que nous avons faites, et les droits qui nous sont désormais reconnus sans conteste ni discussion. Nous indiquerons également les points demeurés obscurs, les côtés litigieux, et nous montrerons dans quel sens doivent être dirigés nos communs efforts dans la poursuite du perfectionnement de la loi, en ce qui nous concerne.

Nous n'avons pas la prétention de répondre à l'avance à toutes les questions qui se posent au jour le jour, surtout quand il s'agit d'espèces nouvelles au sujet desquelles il est impossible de préjuger de l'opinion du magistrat chargé d'interpréter et d'appliquer les articles. Néanmoins, nous avons la conviction, en agissant ainsi, de forger une arme qui viendra prendre utilement place dans notre arsenal de Défense professionnelle.

Dr G. DUCHESNE.

REPORTAGE MÉDICAL

V. E. M. 1907. — Le 9e *Voyage d'études médicales* organisé par le Docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris, aura lieu sous la direction scientifique du Professeur LANDOUZY, du 1er au 12 septembre 1907.

Il comprendra *les stations de l'Est* et *du Jura* : Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne, Luxeuil, Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Besançon-Mouillière, Salins, La Faucille, Divonne.

Le programme détaillé sera publié en mai 1907.

Mutuelle générale des médecins français, Société de secours mutuels. — *Modifications statutaires.* — Le Ministre de l'intérieur autorise la réduction des primes, conformément au barème ci-dessous :

De 20 à 30 ans..	60 fr.	30 fr. 50
30 à 35 ans..	80 fr.	40 fr. 50
35 à 40 ans..	100 fr.	50 fr. 50
40 à 45 ans..	120 fr.	60 fr. 50, etc.

Il est inutile de développer les avantages que présente cette Société : ce sont les avantages de toute société de secours mutuels : fonctions gratuites du bureau, taux avantageux du placement 4 1/2 garanti par l'Etat, accroissement des ressources ordinaires par les membres honoraires, les subventions et tombolas. Ces tombolas peuvent être annuelles et remplacer toutes les loteries problématiques dont le corps médical, moins puissant que la presse, n'est pas près d'obtenir l'autorisation.

Un médecin de 30 ans, en payant une cotisation semestrielle de 40 fr. 50, s'assure :

Une indemnité-maladie de 5 fr. par jour ;

Une indemnité renouvelable d'importance variable ;

Une indemnité de décès de 1.000 fr. ;

Une toute petite retraite à 50 ou 60 ans.

Nous ferons remarquer que la Mutuelle Générale est la seule Société médicale garantissant la maladie pendant la vie entière.

A ce titre, elle ne fait pas double emploi avec l'Amicale, et les membres des deux sociétés toucheront, sans compter les autres avantages, de 15 à 20 fr. par jour d'indemnité-maladie.

Pour être admis, prière d'adresser les pièces suivantes, soit au secrétaire, docteur Cotar, 34, rue de l'Etablissement-Thermal, à Vichy, soit au siège social 8, rue Etienne-Marcel, à Paris :

1° La demande d'admission ;

2° Un certificat de naissance sur papier libre ;

3° Un certificat médical de bonne santé habituelle.

Les étudiants doivent joindre à ces trois pièces le reçu de la dernière inscription. Les primes sont payables dans la quinzaine de l'admission ou sont recouvrées ensuite aux frais des sociétaires.

Facultés et hôpitaux

Un cours de perfectionnement aura lieu du 9 avril au 25 mai 1907, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Les cours de chirurgie oculaire seront faits par MM. De Lapersonne et Monthus ; les cours d'ophtalmométrologie et d'applications de l'électricité en thérapeutique oculaire par M. Weiss ; les cours d'anatomie pathologique et de bactériologie par M. Cantonnet ; les cours d'examen oto-rhinologique par M. G. Gellé.

Les leçons ont lieu tous les jours à 3 h. à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren). Tous les élèves inscrits au cours de perfectionnement prendront part aux manipulations et travaux pratiques dans les locaux qui leur seront indiqués par des avis spéciaux. Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h., à la Policlinique, ils seront appelés à tour de rôle à examiner les malades,

Une série de vingt conférences d'anatomie pathologique pratique, faites par M. Pautrier, sous-chef du laboratoire, de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, aura lieu du 15 avril au 20 mai, les lundis, mercredis et vendredis à 2 h. Le nombre des inscriptions est limité à 20.

Une série de douze leçons sur l'étude de la morphologie du sang appliquée au diagnostic des anémies sera faite par M. Dominici, assisté de M. Rubens-Duval, les mardis, jeudis et samedis à 2 h. à partir du 16 avril. Le nombre des inscriptions est limité à 20.

Pour ces deux séries de cours, se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin. L'inscription est gratuite pour les internes. Pour les autres auditeurs le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

— M. Foveau de Courmelles reprendra son cours libre d'électrothérapie et de radiographie le lundi 15 avril à 6 heures du soir à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris (amphithéâtre Cruveilhier) et le continuera les lundis à 6 h.

Programme du cours : Electrolyse médicamenteuse et ions. Etat colloïdal. Radioscopie. Radiographie et radiothérapie. Lumière et photothérapie. Vibriothérapie. Radium et radio-activité.

— M. Paul Farez a repris, le samedi 13 avril, à 5 h. du soir (amphithéâtre Cruveilhier) son cours libre de psychopathie du tube digestif ; il le continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure.

— Une série de 20 conférences théoriques et pratiques sur les maladies du tube digestif, du péritoine et du sang chez l'enfant sera faite du 22 avril au 31 mai 1907 à l'hôpital des Enfants-Malades par MM. P. Armand-Delille et L. Babonneix, chefs de clinique médicale infantile de la Faculté. Afin de permettre l'examen individuel des malades, le nombre des élèves sera limité à 15. Les conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à 5 h. La première conférence aura lieu le lundi 22 avril à 5 heures, à la salle des cours de la clinique. Le droit à verser est de 100 francs. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis à 3 h.

Pour renseignements complémentaires s'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique, à l'hôpital des Enfants-Malades 149, rue de Sèvres.

Concours de l'internat. — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires.

1 Toupet, Touraine, Cruet, E. Duval, Basset, Cadenat, Houdard, Barbet, Bourdier, Chambard.

11 Fimbel, Guggenheim, Pascalis, Vaucher, Lenoir, Stern, Braun, Paillard, Saiget, Glénard.

21 Chenet, Dlle Bouteil, Berger, Levêque, Foy, Burnier, Stévenin, Boudol, Strœhlin, G. Gendron.

31 Riberol, Henry, Galup, Mallein, Pénard, P. Boncour, Debertrand, Portocalis, Lagane, Pépin.

41 Dumas, Perineau, Ferran, H. Lerat, Merle, Wolfromm, P. Weill, Doré, Martin, Deroide.

51 Cleret, Dubosc, Robert, Jacoulet, Laroche, Coryllos, Boulard, Fernet, Houzel, Brisset.

61 Blanc, Dehelly, Le Blaye, Jacob, Woimant, Railliet, Mascarenhas, Petel, Willette, Jumentié.

71 M. Guillaume, Mallet, Boyé, Mock, Barré, Lévy, Bruhl.

Internes provisoires.

1 Périer, di Chiara, Charrier, Metzger, Schreiber, Perol, Cesbron, Duchet-Suchaux, Becus, A. Pelissier.

11 Vuilliet (Fichot, Mesnager,), Lamouroux, Charmard-Bois, d'Halluin, Levant, Fouquiau, Flandin, Binet de Jassonneix, de Vaugiraud, Verdoux.

21 Bienvenue, P. Ménard, Clarac, Bichet, Blechmann, Halletr, Ed. Levy, Douay, Salin, Josset-Moure.

31 Cotoni, Lutembacher, Martingay, Roudinesco, Davesne, Cottenot, Lorin, Sorrel, A. Weill, Lemarignier.

41 Guénot, Bruel, Bruslé, Prélat, Léger, Brac, Marie, Fenestre, Jumon, Brocq.

51 Toulant, Mora, Velter, Chaudron, Morand, Sourdel, Vernes, Labande, Maillet, Pakowiki,

61 Philbert, Aine, Regnard, Duranton, Fouchet, Bachy, Gauducheau, Perdoux, Jolivet, A. Gendron.

71 D. Thibaut.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Brand, de Saint-Laurent-sur-Gorre (Haute-Vienne), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 16 Dimanche 21 AVRIL 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

L'ASSEMBLÉE NATIONALE DES PRATICIENS FRANÇAIS

C'est bien le titre qui convenait à l'imposante manifestation qui s'est déroulée à l'Hôtel des Sociétés Savantes les 12, 13 et 14 avril.

L'organisation avait été hâtive, mille détails, laissés aux initiatives locales et à l'esprit de solidarité, pouvaient être de petites pierres d'achoppement. Cela ne s'est pas produit, car la volonté d'entente générale ne l'eut pas permis, et quelques vaincus d'un récent scrutin, qui ont voulu prolonger le délai imparti à l'accusé pour maudire ses juges, en ont fait une cruelle expérience sous la réprobation de la masse, qui veut, elle, que l'exercice de la médecine à Paris soit soumis aux mêmes lois que par toute la France.

Les décisions du Congrès sont présentées ci-dessous à nos lecteurs dans un résumé fidèle que nous devons à l'amabilité du service sténographique, à la bonne grâce du secrétariat général, et à l'activité du confrère R. Daverne, le jeune secrétaire de la Direction du *Concours Médical*.

C'est en lisant et méditant ce résumé que tous, croyants, sceptiques, ou incrédules, nous nous rendrons compte de la tâche accomplie dans ces courtes et mémorables assises.

Il convient, en effet, que le chroniqueur sincère et consciencieux, écrivant au lendemain de pareilles journées vues et vécues, évite la note enthousiaste qu'on pourrait mettre au compte de la psychologie des foules.

Est-ce à dire pourtant qu'il faut s'abstenir de donner l'opinion réfléchie du Conseil de Direction du *Concours Médical* réuni le 16 avril, c'est-à-dire quarante-huit heures après la clôture ?

Non, car devant l'impression d'un succès considérable, dont les conséquences, ou présentes ou prochaines, auront tant d'influence sur le sort et le prestige de notre profession, c'est une obligation sacrée que de remercier les praticiens énergiques et dévoués auxquels nous les devons, Coppens, Diverneresse, Gairal, Gassot, Gouffier, etc., nos mille fidèles collaborateurs d'ici ou de loin, et un plaisir non moindre de dire à MM. Pinard, Blanchard, Hayem, Brissaud, Lepage, Le Gendre, Rénon (pardon s'il y a des oublis) combien nous leur savons gré d'être venus affirmer en public ce qu'ils avaient confié aux interviews Lacroix, et ce qu'ils sauront répéter demain dans la Commission ministérielle.

La satisfaction, en somme, fut bruyante et unanime la semaine dernière. Elle est et restera profonde dans tout le Corps médical, et ce sera légitime.

Mais, n'oublions pas, pour conserver notre rôle, que le Congrès laisse après lui un Comité de vigilance et d'action. Le Conseil de Direction y sera représenté, mais tout le Concours doit collaborer à la tâche de ce Comité et nous serons son fidèle écho.

Résumé d'après les documents sténographiques.)

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Séance du vendredi 12 *avril.*

Le Congrès des médecins praticiens pour la réforme de l'enseignement médical en France et le libre choix du médecin ouvre aujourd'hui ses séances sous la présidence de M. le Dr Dubuisson, député. Le bureau a été constitué de la manière suivante :

Président d'honneur : Dr DUBUISSON, député du Finistère.

Président : Dr GAIRAL (Carignan) ;

Vice-présidents : Drs ALBERTIN (Lyon) ; CAUDRELIER (Tourcoing); COPPENS (Lille) ; DUCOR (Paris) ; GASSOT (Chevilly) ; HUCHARD (Paris) ; JEANNE (Meulan) ; LEREBOULLET (Paris) ; SMESTER (Paris) ; REYMOND, sénateur de la Loire.

Secrétaire général : Dr LEREDDE (Paris).

Secrétaires adjoints : MM. LAFONTAINE et TILLOY, membres de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

Trésorier : Dr GOUFFIER (Neuilly-sur-Seine).

Après le discours d'inauguration prononcé par M. GAIRAL, M. le Dr LEREDDE, secrétaire général, expose l'origine et le but du Congrès. Il constate que le médecin ne peut apprendre son métier dans les écoles actuelles et que celles-ci ne sont pas adaptées à l'enseignement professionnel. Il espère que le Congrès fera œuvre de décentralisation et réclamera la liberté des Universités et des Facultés. L'état actuel ne peut donner à l'enseignement supérieur le caractère technique qui lui est nécessaire et sans lequel la vie scientifique est compromise.

MM. HIRTZ et CAUSSADE exposent leur rapport sur cet objet : *L'Hôpital, centre d'enseignement clinique médical.*

Le professeur BLANCHARD reconnaît que l'enseignement clinique est indispensable, qu'il est insuffisant dans nos facultés, mais que l'enseignement théorique, d'autre part, est nécessaire comme seul capable de donner une vue d'ensemble de la médecine générale. M. Blanchard fait un éloge particulier des écoles de médecine de province, notamment celles de Rennes, Nantes, Angers, Tours, où il estime que les étudiants devraient essaimer pour décongestionner les grands centres.

Le docteur HUCHARD, aux applaudissements de l'assemblée, expose son rapport sur l'agrégation et le privat-docentisme, dont voici les conclusions :

« Telle qu'elle existe en France, l'agrégation des Facultés de médecine n'est pas un moyen d'enseignement. En limitant d'une façon trop exclusive et étroite le nombre des agrégés, elle interdit injustement l'accès au professorat de tous ceux qui ont donné la preuve de leurs aptitudes professorales et de leur valeur scientifique par le succès de leur enseignement libre, par leurs découvertes ou travaux originaux ; de tous ceux qui « n'ont pas eu leur jury » au moment opportun ; de tous ceux que la maladie ou les ressources insuffisantes de fortune ont momentanément éloignés du concours ; de tous ceux qui ont le droit de prétendre aux plus hauts grades comme à la récompense de leurs efforts et de leurs mérites *en sortant du rang* et sans passer par le concours ».

Le docteur REYMOND, sénateur, présente ensuite son rapport sur *l'hôpital centre d'enseignement clinique au point de vue chirurgical.*

Le professeur BLANCHARD reconnaît la nécessité de la création d'un corps de démonstrateurs, professeurs jeunes, spécialisés dans une branche de la science, devant donner aux étudiants un enseignement élémentaire ; mais il défend énergiquement l'agrégation et le caractère scientifique de l'enseignement des facultés françaises, qui sont encore, dit-il, les premières de toutes à ce point de vue. Si on supprime l'enseignement technique, on risque de tomber dans l'empirisme.

Après une réplique de M. le Dr HUCHARD, qui déclare que la véritable solution serait dans le jugement des professeurs par les élèves, M. le professeur PINARD fait observer que le privat-docentisme n'est, en somme, que l'agrégation ou l'extension de l'agrégation sous un autre nom et que, d'ailleurs, la Faculté de médecine serait disposée à suivre l'évolution et à modifier l'agrégation.

MM. SOREL et HUCHARD affirment que ce qui distingue le privat-docentisme de l'agrégation, c'est que le privat-docentisme n'est pas un concours de mémoire, mais un examen, et que les places n'y sont pas limitées comme pour l'agrégation.

Aux applaudissements enthousiastes de l'assemblée, M. LAFONTAINE, au nom de l'Association corporative des étudiants, affirme que le favoritisme est la règle du concours de l'agrégation et d'ailleurs de tous les concours de la Faculté de médecine

Le Congrès vote ensuite, à une immense majorité, les vœux suivants :

1° Que l'agrégation des facultés de médecine soit supprimée ;

2° Que l'enseignement médical soit absolument libre ;

3° Que l'Etat se réserve le seul droit des examens et de la collation des grades ;

4° Que l'enseignement soit rétribué d une part par l'État, la plus grande part ou la majorité par les élèves.

La séance est levée.

Séance du samedi 13 *avril matin.*

La séance est ouverte à 9 heures sous la présidence de M. le Dr GAIRAL.

M. BARBARIN expose son rapport sur « *les cours de vacances et l'enseignement complémentaire.* »

Les conclusions suivantes du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité moins une voix ;

a) Il est nécessaire d'organiser, en France, des cours de perfectionnement pour les médecins praticiens, à l'exemple de ceux qui existent en Allemagne et en d'autres pays.

b) Ces cours seront : 1° des cours de vacances faits dans les grands centres universitaires à des périodes fixes pendant une, deux, trois semaines ; 2° des cours de perfectionnement créés par les associations régionales, dans les services hospitaliers régionaux, et où, pendant une grande partie de l'année, le médecin praticien, sans in-

terrompre sa pratique, pourra se tenir au courant des progrès de la science.

c) Il convient enfin, de créer, au plus tôt, un mouvement en faveur de cet enseignement de perfectionnement dans les sociétés médicales françaises ».

M. Huchard explique le sens exact de sa motion qui a été votée hier et relative à la liberté de l'enseignement médical. Il tient à bien spécifier que, dans sa pensée il ne doit pas en résulter la suppression des facultés de médecine. Bien au contraire, l'enseignement libre, par l'effet de l'émulation et de la concurrence, aura pour résultat de galvaniser les Facultés de l'Etat. Il ne s'agit pas d'avoir une faculté de médecine libre, sans contrôle, pour remplacer une faculté officielle sans contrôle, mais d'avoir simultanément un enseignement public et un enseignement privé.

M. Lafontaine, explique très nettement qu'il ne s'agit pas de créer une liberté extérieure aux Facultés de l'Etat, mais d'instituer la liberté la plus large à l'intérieur des facultés. Le privat-docent n'est pas étranger aux Facultés allemandes. Il y est attaché. Ce qu'il faut, c'est la libre concurrence des professeurs plus nombreux dans les Facultés élargies et la concurrence des Facultés autonomes entre elles.

M. le professeur Blanchard appuie cette opinion. Il estime que les Facultés ne pourront se développer qu'avec la personnalité civile et la faculté de posséder, ce qui leur permettra de payer les professeurs.

M. Sorel estime que l'autonomie des Facultés et leur indépendance individuelle à l'égard de l'administration de l'Instruction publique s'impose. (*Applaudissements.*)

M. le professeur Hayem propose les vœux suivants :

« Création dans tous les grands hôpitaux de cours de technique obligatoires pour les élèves des deux premières années ».

« Interrogatoires des élèves et notes ».

« Remplacer le stage par quatre années d'externat ».

M. le professeur Brissaud propose le stage de garde.

Le Congrès adopte ensuite le vœu suivant :

« La répartition des élèves dans les différentes universités provinciales, dont le nombre serait augmenté et auxquelles seraient accordés l'autonomie ainsi que les fonds et le personnel nécessaires à leur développement ». (Vœu Lefur).

Sont également adoptées par le Congrès les conclusions suivantes du rapport des Drs Gouffier et Lacroix :

« 1° Prolongation de la scolarité d'une année au moins, au profit de l'étude des grandes spécialités médico-chirurgicales ;

« 2° Modification, dans un sens rigoureusement pratique de l'enseignement, et répartition des élèves dans tous les services hospitaliers et privés où un enseignement pratique utile peut leur être donné, chaque élève devant être appelé autant qu'il le sera possible, à exécuter sous la surveillance du maître les principales interventions qu'il aura à faire dans la clientèle ;

« 3° Relèvement du niveau des examens, qui doivent être plus sévères, la sévérité étant tempérée et justifiée par les notes des chefs de services consignées aux dossiers scolaires, ce qui implique une surveillance des études. La séparation du corps enseignant et du corps examinant serait également une mesure propre à rendre les examens de doctorat plus rigoureux ».

Enfin le Congrès adopte le vœu suivant présenté par M. le professeur Pinard et le Dr Gouffier :

« Organisation, dans tous les services hospitaliers, d'un service permanent de garde étendu à tous les élèves et rendu obligatoire pour eux ».

La séance est levée.

Séance du samedi 13 avril (après-midi).

La séance est ouverte à deux heures, sous la présidence du Dr Gairal.

Les Drs Gillet et Vignard présentent leur rapport sur le *P. C. N. et l'instruction scientifique préparatoire.*

Le Dr Monprofit, les Drs Gillet et Vignard combattent le P. C. N. Le Dr Blanchard estime que les efforts contre le P. C. N. seront vains; il propose de ne pas essayer de s'y attaquer, mais de décider simplement que les étudiants en médecine fassent preuve d'un minimum de connaissances scientifiques portant sur les sciences physico-chimiques et naturelles et qu'il soit institué un examen d'entrée aux Facultés.

M. le Pr Pinard est d'avis qu'il faut modifier le P. C. N. en y instituant une section médicale.

MM. Gassot et Pedebidou demandent qu'il soit créé un conseil supérieur des Facultés de médecine, le conseil supérieur de l'enseignement public étant incompétent au point de vue de l'art médical.

Le Congrès entend ensuite le développement des propositions ci-dessous :

1° Le jeunes gens qui se destinent à la médecine devront être pourvus de diplômes attestant des études littéraires et scientifiques ;

« 2° Le P. C. N. sera remplacé par l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle dans leurs rapports avec les sciences médicales ;

« 3° Cet enseignement sera fait par les professeurs des Facultés et écoles de médecine et non par les professeurs des Facultés des sciences.

« 4° Cet enseignement sera surtout pratique, c'est-à-dire donné principalement au laboratoire et même à l'hôpital pour certaines parties. »

Le Congrès adopte finalement les vœux suivants :

« 1° Que jusqu'à la suppression ou la transformation du P. C. N., aucune infraction ne soit plus faite aux conditions exigées pour l'inscription dans les Facultés de médecine (vœu Monprofit et Declercq) ;

« 2° Que dans les études du P. C. N. il soit institué une section dite section médicale (vœu Pinard) :

« 3° Que les questions médicales ne soient plus soumises au Conseil supérieur de l'instruction publique incompétent, mais bien à un Conseil supérieur de l'enseignement médical (vœu Gassot);

M. Lafontaine, délégué de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, développe son rapport sur *l'organisation des examens et les examens cliniques.*

Le Congrès adopte les conclusions de son rapport dont voici le texte :

« 1° Institution d'un livret scolaire, contrôle rigoureux et permanent du travail de l'étudiant.

« 2° Examens de révision, qui, complétant les

notes du livret, pourraient déterminer l'ajournement de l'élève ;

« 3° Examens cliniques de fin d'études assez nombreux et assez sévères pour constituer une garantie de la compétence du praticien. »

Est adopté ensuite le vœu suivant présenté par M. le Professeur Lepage :

« Le Congrès exprime le vœu que les membres du Corps médical des hôpitaux puissent faire partie des examens cliniques ».

Le Dr Coppens développe son rapport sur la brûlante question du *Certificat d'études médicales supérieures supprimé et remplacé par le certificat d'admissibilité à l'agrégation.*

Le Congrès, après avoir rejeté un amendement tendant au maintien du diplôme spécial de médecine légale et de psychiatrie, adopte les vœux suivants proposés par M. le Dr Coppens :

« Le Congrès réclame :

a) Le retrait de l'arrêté ministériel du 20 février 1907 rétablissant, sous le titre : «Admissibilité à l'agrégation », le certificat d'études médicales supérieures abrogé ce même jour par décret (*Unanimité*).

b) La suppression pure et simple de tous les diplômes spéciaux, sans exception, tels : le certificat d'hygiène, le certificat de médecine légale et psychiatrie, etc.

c) La refonte complète de l'enseignement. »

Le Congrès décide alors :

La création d'un *Comité permanent de vigilance et d'action* chargé de continuer à éclairer l'opinion jusqu'à ce que satisfaction pleine et entière soit donnée aux légitimes revendications du Corps médical, lequel défend ici, non seulement ses droits les plus sacrés, mais la santé publique et le prestige de la médecine française.

Le libre choix du médecin par tous les malades.

Le Congrès adopte à l'unanimité le vœu suivant :

Le Congrès des Praticiens, après avoir pris connaissance de tous les rapports relatifs au libre choix du médecin dans les mutualités, les grandes sociétés industrielles et de transports, pour les blessés du travail pour les indigents, dans les manufactures et administrations de l'Etat, adopte d'une façon générale le principe du libre choix du médecin par le malade, quel qu'il soit, laissant au Comité de vigilance nommé par le Congrès le soin d'examiner et de prendre les décisions nécessaires pour arriver à une application pratique.

Le Congrès adopte à l'unanimité moins trois voix le vœu suivant :

« Le Congrès des Praticiens de France décide que *les indigents de France sans exception ont le droit de choisir leur médecin* (vœu du Dr Diverneresse). »

Le Congrès adopte à l'unanimité ce vœu suivant :

« Hors le cas de manquement grave aux devoirs professionnels et seulement après enquête contradictoire où devra être convoqué le Président du Syndicat ou de la Société dont fait partie le praticien incriminé, dans aucun cas, le préfet ne pourra faire défense à un praticien de donner ses soins aux indigents, ni faire défense aux pharmaciens d'exécuter ses ordonnances (vœu du Dr Etienne). »

La séance est levée.

Deuxième séance du 12 avril.

Le libre choix du médecin par les mutualistes.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr Dubuisson, député.

L'ordre du jour appelle le rapport sur le *libre choix du médecin.*

Le Dr Gairal, *rapporteur*, parle du choix du médecin dans les mutualités. La loi de 1850 n'est pas appliquée ; le libre choix du médecin est entravé par les conseils d'administration pour des raisons pécuniaires, en raison de la faiblesse des cotisations. Ainsi l'homme malade, malgré sa prévoyance, ne peut choisir son médecin. Et cependant, non seulement le rôle professionnel, mais encore le rôle moral du médecin est considérable. Le Dr Gairal dépose le vœu suivant : « Le service médical des sociétés de secours mutuels doit être organisé de façon à respecter la liberté des sociétaires en laissant aux malades le libre choix du médecin. » La discussion s'engage.

Le Dr Poinot engage les médecins à se grouper et à posséder, dans cette question comme dans toutes, l'esprit syndical.

Le Dr Bolliet propose :

Que les mutualistes aient le choix du médecin.

Le service médical serait organisé suivant le système à la visite avec payement intégral par la société.

Le malade participerait aux frais médicaux par le payement des tickets donnant droit aux visites et aux consultations.

Projet de résolution : Nous proposerons de faire demander au moment voulu l'insertion sous l'article 6 du paragraphe suivant :

« 2° S'il est créé des secours en cas de maladie, chaque membre participant aura le droit absolu de choisir librement son médecin et son pharmacien. Pour chaque consultation ou ordonnance la Société ne sera tenue que jusqu'à concurrence de la somme fixée par elle. »

Pour le premier paragraphe de l'article 9 (ancien article 8), on proposerait la rédaction suivante :

« *a*) L'organisation en faveur des membres participants des secours énumérés à l'article 1er. »

Le Dr Albertin expose qu'à Lyon, le Syndicat des médecins a imposé son tarif aux sociétés de secours mutuels et dressé lui-même la liste des médecins mutualistes.

Le Dr Poinot fait observer qu'on ne peut pas demander aux sociétés plus qu'elles ne peuvent donner. Le seul moyen serait de demander aux mutualistes eux-mêmes le supplément d'honoraires.

Les conclusions ci-dessus présentées par M. Gairal et par MM. Bolliet et Albertin, sauf en ce qui concerne les pharmaciens, sont votées par le Congrès.

Le Dr Jeanne propose le texte suivant :

Le Congrès donne mission aux délégués médecins de la Commission médico-mutualiste de poursuivre les négociations sur les bases indiquées par les syndicats médicaux dans ces derniers mois, c'est-à-dire la liberté du choix des médecins et le tarif à la visite.

Après une discussion assez vive à laquelle prennent part MM. les Drs Lereboullet, Albertin,

Gairal, Bolliet, la motion de M. Jeanne résumant les desiderata de l'assemblée est également votée par le Congrès à l'unanimité.

Le Congrès adopte ensuite le texte suivant :

Le Congrès des praticiens se déclare opposé à toute réduction de tarif concédée aux mutualistes. Ils déclarent que les médecins devront se faire rémunérer par les mutualistes suivant leur situation sociale et d'après le tarif syndical de la localité.

M. Vallat présente son rapport sur le *libre choix du médecin dans les grandes compagnies* :

Il propose les vœux suivants :

1° Que le libre choix du médecin soit inscrit dans les cahiers des charges imposés aux grandes compagnies (transports en commun, eau, gaz, électricité, etc.) par l'Etat, les départements et les communes ;

2° Que ce libre choix soit consacré dans le plus bref délai par une loi et que des sanctions soient prévues contre ceux qui voudraient y mettre obstacle ;

3° Qu'à l'avenir le service médical des grandes compagnies ne soit qu'un service de contrôle administratif exercé en présence du médecin traitant.

Les conclusions de M. Vallat sont adoptées à la quasi-unanimité.

La résolution suivante est également adoptée à l'unanimité :

Il est contraire à l'ordre public et à la dignité humaine qu'en aucun cas une collectivité, de quelque ordre que ce soit, puisse imposer un médecin traitant à un malade. (Vœu du Dr de Grissac.)

Le repos hebdomadaire du médecin.

Le Congrès prend en considération le vœu suivant de M. le Dr Decourt (de Mitry-Mory) :

« L'Assemblée nationale des médecins de France (Congrès des Praticiens) réunie à Paris les 12, 13 et 14 avril 1907,

« Considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche et que seul un cas urgent de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime,

« Assimilant donc les visites faites le dimanche à des visites d'urgence,

« Décide, à partir du 1er janvier 1908 :

« 1° Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera double de celui de la visite ordinaire.

« 2° Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement.

Troisième séance du 12 avril.

La séance est reprise à 9 heures sous la présidence du Dr Gairal.

M. Dally présente les conclusions de son rapport sur le *libre choix du médecin pour les blessés du travail.*

Une discussion assez vive s'engage entre les docteurs Dally, Berruyer, Declercq au sujet des cliniques organisées par les syndicats ouvriers. Certains orateurs estiment que le libre choix du médecin par les accidentés n'y est pas respecté.

Le Congrès adopte ensuite les vœux suivants :

Vœu Berruyer : « Je propose que l'article 1er de la loi soit modifié dans les termes ci-dessous :

« Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le Tribunal civil ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est assuré ou à une exploitation soumise à la présente loi, ni un médecin ayant ouvert une clinique d'accidents du travail ».

« Le Congrès proteste contre le racolage des blessés du travail par les cliniques des accidents du travail au moyen des versements en espèces et regrette que de pareilles mœurs s'introduisent dans le corps médical » (Vœu du Dr Régis).

Vœu du Dr Dubreuil : « Le Congrès exprime le vœu que le monopole des accidents du travail n'appartienne pas plus aux organisations ouvrières qu'aux assurances et que le libre choix du médecin soit réellement garanti aux accidentés. » (*Adopté à l'unanimité.*)

Le Congrès exprime le vœu qu'une démarche soit faite auprès du Ministre du Travail afin que les statuts types des mutualités obligatoires créées pour bénéficier de l'article 5 de la loi par les patrons qui substituent des mutualités à leur responsabilité légale soient modifiés de manière à les mettre d'accord avec l'article 4 de la loi en laissant le libre choix du médecin. (*Adopté à l'unanimité.*)

Vœu du Dr Boudin : L'hôpital de grande ville ne devra recevoir que des malades indigents ; l'hôpital de petite ville ou de canton n'acceptera des blessés du travail qu'à titre de maison de santé, c'est-à-dire que le médecin traitant aura le droit de toucher des honoraires, conformément au tarif des accidents du travail. (*Adopté à l'unanimité.*)

Séance de clôture (dimanche matin 14 avril).

La séance est ouverte à neuf heures sous la présidence de M. le Dr Gassot.

M. le Dr Jayle expose son rapport sur *l'organisation des Ecoles étrangères* et fait ressortir la pauvreté des Facultés françaises qui manquent des fonds nécessaires pour acheter les instruments et collections indispensables à l'enseignement.

Après avoir entendu le docteur Leredde, au nom du Dr Jarvis, et le Dr Kœnig qui analysent les rapports sur l'enseignement médical en Angleterre et aux Etats-Unis, le Congrès adopte le vœu suivant proposé par M. Jayle :

« Le budget de l'enseignement médical est insuffisant. Le Congrès des Praticiens demande à l'Etat d'augmenter les subventions dans une proportion qui permette de mettre les ressources de l'enseignement à la hauteur des progrès de la Science. »

Après audition des divers rapporteurs spécialistes, le Congrès adopte le vœu général suivant :

« Il y a lieu d'organiser l'enseignement élémentaire des spécialités dans les Facultés et les Ecoles. (*Unanimité.*)

« Cet enseignement comprendra le minimum des connaissances exigibles pour chacune d'elles du médecin praticien. Le stage pour ces spécialités sera obligatoire. (*Unanimité.*) »

« Le travail sera sanctionné par les examens. Aucune spécialité ne donnera lieu à un diplôme spécial ni certificat. (*Unanimité moins deux voix.*) »

Sont ensuite adoptés :

1° Le vœu suivant formulé par M. Legendre :

« Le Congrès émet le vœu que toutes les Fa-

cultés de Médecine organisent en fin d'études un enseignement d'exercice professionnel et de déontologie sanctionné par un interrogatoire le jour de la thèse. »

2° Le vœu suivant présenté par M. Bertillon.

« Le Congrès des praticiens demande au groupe médical parlementaire de prier M. le Ministre de l'Instruction publique de faire entrer dans la Commission ministérielle de la réorganisation des études médicales ;

MM. les Drs Berthod, de Paris ; Coppens, de Lille ; Gouffier, de Neuilly; Huchard, de Paris; Leredde, de Paris ; Monprofit, d'Angers ; Osmont, de Caen ; Motais, d'Angers ; MM. Lafontaine et Dreyfus, délégués de l'Association corporative des Etudiants.

3° Les deux vœux suivants présentés par M. Gillet :

« Le Congrès émet le vœu que le Parlement fasse au plus tôt le nécessaire pour parer à la pénurie du budget consacré à l'enseignement médical. Il y a là un devoir national et social. »

« Le Congrès émet le vœu que tous les conseils, toutes les commissions ou autres organismes s'occupant des affaires médicales, soient exclusivement composés de médecins, pris dans tous les milieux médicaux et désignés par leurs pairs.

« S'il est besoin, pour l'organisation administrative d'entendre des personnes non médecins, elles seront entendues à titre consultatif, mais sans droit de vote. »

4° Le vœu suivant présenté par M. le Dr Paul Gallois.

« Le Congrès des Praticiens engage le Gouvernement à compléter l'œuvre qu'il a déjà ébauchée et à donner aux Universités une autonomie et une liberté aussi large que possible. En établissant une concurrence entre elles, il assurera de la façon la plus efficace les réformes et le progrès. »

5° « Le Congrès des praticiens, considérant que l'impôt sur le revenu (projet Caillaux) augmentera considérablement les charges des médecins et les obligera à violer le secret professionnel, engage tous ses membres à voter contre ce projet. »

6° « Le Congrès, considérant la nécessité d'assurer à la commission qui succède au Congrès l'appui moral et matériel le plus complet, que d'autre part, le Syndicat médical est l'organisation la plus indépendante et la plus propre à l'action collective, émet le vœu que les médecins se groupent sans exception dans les syndicats médicaux et développent chez eux l'esprit syndical. »

Le Congrès approuve les comptes du trésorier et lui donne mandat de tenir à la disposition du Comité qui va être nommé les fonds qui pourront rester en caisse après règlement des dépenses du Congrès.

M. le Dr Leredde, dans son rapport général, résume l'œuvre du Congrès et propose la nomination d'un Comité chargé d'en prolonger l'action et de faire effort pour que les discussions engagées au Congrès se servent pas de base à une action dans un sens contraire à celle du Congrès lui-même : il devra comprendre les compétences reconnues : 1° pour la réforme des études médicales, 2° pour l'application du libre choix et provoquer en cas de besoin la convocation de l'Assemblée nationale qui va se séparer.

Sur la proposition des docteurs Grunberg et Coppens, le Congrès confie à son bureau le soin de désigner les membres de ce Comité.

Le Congrès est clos.

LA SEMAINE MÉDICALE

La frigorithérapie précordiale dans les maladies fébriles.

Rappelons-nous qu'il y a quelques années, M. le Dr Legendre insistait sur les excellents résultats produits par la frigorithérapie précordiale dans les maladies fébriles. Dernièrement, M. le Dr Stéphane Leduc, de Nantes, a publié dans la *Province médicale* de nouvelles recherches sur l'application de cette méthode.

« La frigorithérapie précordiale donne les mêmes résultats que le bain froid, et est d'une application infiniment plus facile, sans en avoir les inconvénients;

Ce résultat s'obtient par l'application d'une poche de glace sur la région précordiale.

Dans toutes les maladies fébriles, dès que la température se maintient au-dessus de 39°, la fréquence du pouls au-dessus de 110, il faut appliquer un sac de caoutchouc renfermant de la glace en permanence sur la région précordiale : suivant l'intensité de l action que l'on veut obtenir, on interposera une ou plusieurs épaisseurs de flanelle entre la poche et la peau.

On emploie une large poche de caoutchouc, bien étanche, fermant hermétiquement, non mouillée sur sa face externe, de façon à éviter toute humidité au malade ; il faut avoir soin d'y maintenir constamment de la glace, le mieux est d'avoir deux poches que l'on substitue l'une à l'autre aussitôt que la glace est fondue. Il est facile de fixer la poche par une ceinture de façon à n'imposer aux malades aucune contrainte et aucune gêne.

Dans les deux heures qui suivent l'application de la poche de glace, la température s'abaisse de un à deux degrés ; la médecine ne dispose d'aucun moyen antithermique aussi régulier et aussi sûr ; mais l'action sur le pouls est surtout remarquable, en moins d'une demi-heure, sa fréquence diminue de quinze à trente pulsations par minute, il redevient fort et bien frappé.

Toutes les fonctions s'améliorent, en particulier celles des centres nerveux, et l'on assiste à ces phénomènes de résurrection qui avaient allumé l'enthousiasme pour les bains froids ; mais ici, l'application est des plus simples et des plus faciles : elle n entraîne aucun danger, aucun désagrément pour les malades ; et tandis que ceux auxquels on applique les bains froids les redoutent et supplient qu'on les leur épargne, ceux auxquels on fait l'application précordiale de la poche de glace en expriment toute leur satisfaction en appréciant immédiatement eux-mêmes tout l'avantage.

L'action de la poche de glace est réglée admira-

blement par l'épaisseur de la flanelle interposée entre la poche et la peau ; cette régulation permet d'éviter toute action excessive ou brusque. Lorsque la température s'est maintenue pendant quelques jours à un chiffre suffisamment bas, si l'on enlève complètement la poche de glace, il arrive souvent que la température remonte aux chiffres les plus élevés : il faut donc toujours diminuer progressivement l'action antithermique en augmentant l'épaisseur de la flanelle interposée.

Pour obtenir tous les avantages de cette méthode, il faut, comme pour tous les traitements, l'appliquer en temps utile, alors que la chaleur n'a pas accompli son œuvre de destruction, qu'il n'existe pas encore de myocardite thermique, que la myosine n'est pas coagulée. Le traitement bien appliqué n'a et ne peut avoir aucun inconvénient il faut donc appliquer la poche de glace sur la région précordiale à tous les malades dont la température se maintient au-dessus de 39°.

La frigorithérapie précordiale exerce un curieux effet sur l'action des médicaments antithermiques, du pyramidon, de la quinine, dont l'intensité se trouve considérablement accrue. Une dose de pyramidon de 0 gr.50 qui, avant, n'exerce aucune influence sur la température, après l'application de la poche de glace produit une hypothermie inquiétante et une transpiration excessive. Dix centigrammes de pyramidon agiront beaucoup plus sur la température après l'application de la poche de glace que cinquante centigrammes avant.

La dilatation du col de l'utérus dans l'accouchement.

« La lenteur de la dilatation du col utérin au cours de l'accouchement, dit M. le Dr Maygrier dans une leçon clinique, peut tenir à diverses causes, mais quelle qu'en soit l'origine, l'accoucheur doit avant tout garder son sang-froid et s'armer de patience, car, il faut bien le savoir, dans 95 % des cas, l'accouchement pourra se terminer de lui-même, sans intervention.

La dilatation du col demande environ douze à quinze heures chez une primipare pour être complète ; cette durée se réduit à cinq ou six heures chez une multipare, mais il y a à cet égard de si grandes différences individuelles qu'on ne peut pas tabler sur les moyennes et surtout fixer une ligne de conduite générale à suivre en présence de la lenteur de la dilatation

On peut activer un peu le travail par des injections chaudes, on peut donner aussi de temps en temps un peu de chloroforme pour diminuer les douleurs, mais il faut surtout savoir attendre, ne pas pratiquer le toucher à chaque instant, comme on est trop souvent porté à le faire, et savoir aussi faire patienter la malade et son entourage. Ces recommandations, quoique banales, ont leur importance, car, il y a actuellement une tendance générale à intervenir hâtivement pour terminer très vite l'accouchement.

Si le plus souvent, cependant, l'intervention est inutile, il est des cas où elle est indiquée formellement. Ce sont d'abord ceux où il existe une rigidité pathologique du col : il peut se produire en effet une rigidité syphilitique qui s'étend à tout le segment inférieur de l'utérus.

Il peut également survenir une série d accidents menaçants pour la vie de la femme ou de l'enfant qui obligent à intervenir le plus tôt possible

Cette intervention peut se faire sous diverses formes ; les anciens pratiquaient volontiers l'accouchement forcé, pratique qui, faite dans ces conditions, est détestable et peut donner les plus mauvais résultats. Il faut, tout d'abord, employer les grands bains, et des pommades belladonées en applications sur le col, les injections chaudes ; on a conseillé aussi les incisions multiples sur le col, mais, en réalité, il faut arriver aux moyens de dilatation directe comme les ballons dilatateurs de Champetier de Ribes, ou l'écarteur de Tarnier qui peut rendre des services.

Parmi ces moyens, les ballons tiennent la première place, d'autant plus qu'ils ont l'avantage de ne pas blesser le fœtus, au cas où celui-ci serait encore vivant. Toutefois, s'il paraît nécessaire de terminer l'accouchement, si la dilatation n'est pas totale, le meilleur moyen de provoquer cette dilatation est l'emploi de la main, supérieure à tous les instruments, dont il faut toujours se méfier. La méthode bimanuelle de Bonnaire qui consiste à introduire les deux index adossés dans le col, permet de faire de la dilatation graduelle, sans à-coup, et on y arrive assez facilement chez une multipare et si la dilatation est commencée.

Mais, en tous cas, c'est là un moyen extrême et M. Maygrier insiste sur ce fait qu'il ne faut pas perdre de vue que, dans l'immense majorité des cas, l'accouchement, même un peu retardé, se termine sans inconvénient et spontanément ; il faut savoir résister, non seulement à sa propre impatience, mais à celle de l'entourage de la malade, lequel, plus ou moins au courant des théories nouvelles, est toujours désireux de voir les choses marcher avec rapidité.

Angine goutteuse.

M. le Dr Lucien Costa, de Montpellier, a étudié, dans sa thèse, les symptômes et le diagnostic de l'angine goutteuse.

En général, dit-il, les angines goutteuses affectent un type assez uniforme. Elles se caractérisent :

1° Par leur début brusque, suivant de près la cause occasionnelle qui l'aura provoquée, et qui pourra être, soit un refroidissement, soit des excès : tabac, alcool, fatigue ;

2° Par leur évolution aiguë, affectant un type solennel et à grand fracas, par leur disparition presque instantanée ;

3° Par une fièvre variant entre 37°5 et 38°5, avec retentissement grave d'emblée sur l'état général : courbature intense, malaise, frissons, état saburral des voies digestives, dysphagie, légère d'abord, mais s'accentuant très rapidement, langue étalée avec sensation de gonflement et ne se laissant déprimer qu'au prix de cruelles souffrances;

4° Par la douleur locale très intense et certainement hors de proportion avec les lésions de la gorge ;

5° Par la tendance à la diffusion de l'inflammation qui s'étend à tout le pharynx et peut descendre jusqu'à l'entrée du larynx, à l'inverse des angines banales qui habituellement se cantonnent à l'entrée des deux piliers. En outre, tout ce que l'on peut apercevoir, luette, voile, pilier, amygdales, est d'une coloration rouge sombre, vernissé, tirant sur le violet ; une des amygdales,

parfois les deux, est le siège d'un gonflement considérable ; il n'y a ni enduit, ni fausse membrane, ni pus, ni sang, ni rénitence, ni fluctuation. Le voile infiltré est œdématié. Les amygdales repoussent en avant et en arrière les piliers épaissis et œdématiés. La paroi postérieure du pharynx est sèche, luisante, striée de vaisseaux sanguins dilatés ;

6° Par l'absence constante d'exsudat ;

7° Par l'absence de tuméfaction des ganglions angulo-maxillaires ;

8° Par l'absence de trismus, bien que le malade éprouve une certaine difficulté à ouvrir la bouche.

En outre, la déglutition est presque impossible, la salive peut refluer par la bouche, la voix est nasonnée, la dyspnée variable, mais peut devenir assez intense pour faire envisager la nécessité d'une trachéotomie ; le malade est angoissé, agité ; le pouls varie entre 100 et 120, les urines sont rares, uratiques, d'une coloration foncée.

Après un temps plus ou moins long, variant entre quelques heures et deux ou trois jours, une articulation se prend.

Brusquement, la douleur s'évanouit, les symptômes se dissipent ; la dysphagie disparaît petit à petit, le malade peut commencer à prendre quelque nourriture.

Il importe surtout de différencier l'angine aiguë d'origine goutteuse de l'angine herpétique et de l'angine phlegmoneuse.

Elle diffère de la première :

1° Par sa non-contagiosité ;

2° Par l'absence de tuméfaction des ganglions du cou ;

3° Par l'absence de vésicules sur les amygdales, le voile du palais, les piliers, la paroi postérieure du pharynx ;

4° Par l'absence de fausses membranes fibrineuses.

Elle diffère de la seconde :

1° Par l'absence de période prodromique ;

2° Par une hyperthermie moins considérable ;

3° Par l'absence d'empâtement parotidien ou sous-maxillaire ;

4° Par l'absence de trismus ;

5° Enfin par l'absence de fluctuation et de pus.

Au reste, dès le troisième jour, l'apparition de la métastase fixera un diagnostic hésitant.

Dans certains cas, enfin, le diagnostic se fera avec l'angine du rhumatisme articulaire aigu, à allures moins brutales.

Le traitement consistera, avant tout, en révulsion sur le cou qu'on réalisera avec des enveloppement chauds et sinapisés.

Des lavages ou badigeonnages, des gargarismes tièdes au miel boraté, morphiné et au salicylate de soude seront des adjuvants utiles. Contre les douleurs, surtout si elles présentaient un caractère d'une acuité extrême, une injection de 0,01 centig. de morphine pourra être indiquée.

Enfin, indépendamment des symptômes tonsillaires, il faudra traiter la goutte par le colchique et le salicylate de soude, la suppression du tabac, un régime approprié, l'usage du lycétol et des eaux minérales type Vittel ou Royat.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOTEL-DIEU : *M. le Prof. agrégé* MAUCLAIRE.

Abcès et péritonites appendiculaires

Je désire vous parler aujourd'hui des abcès et péritonites appendiculaires. C'est une question d'actualité. Du fait de la grippe qui sévit en ce moment— et en raison des relations de la grippe avec l'appendicite — nous allons certainement voir se multiplier les cas d'appendicite. Je ne serai pas embarrassé, d'ailleurs, pour prendre des exemples dans le service.

En voici un intéressant. Il concerne un jeune homme de 25 ans entré à l'Hôtel-Dieu au mois d'octobre dernier. Il avait été pris des signes classiques de l'appendicite à évolution suraiguë, fièvre (41°3) vomissements, douleurs intenses. Puis, ces symptômes suraigus se calmèrent et le patient fut admis dans les salles le 20 octobre. A l'examen nous avons senti, dans la fosse iliaque droite, un empâtement assez particulier. Tandis que, dans les conditions ordinaires, cette plaque reste dans la fosse iliaque. ici elle remontait suivant une direction verticale. Elle était située plus haut que d'habitude, à égale distance de l'arcade crurale et du bord inférieur du foie, et empiétait sur la région lombaire. Ce n'était donc pas le siège du plastron classique et il y eut, les premiers jours, une petite hésitation sur l'intervention. Le malade ayant été mis au repos avec de la glace sur l'abdomen, une légère amélioration s'ensuivit, mais, les jours suivants, les lésions reprirent leur marche, le plastron augmenta de longueur, s'étendit vers la partie supérieure, si bien que, voyant la masse bomber, avec une certaine fluctuation, et tenant compte des oscillations caractéristiques de la température (39° le soir, 37° le matin), on pensa à une suppuration profonde, à un abcès dont le pus ne se stérilisait pas spontanément. Une incision fut pratiquée et il sortit une quantité énorme de pus fétide. On draina et tout rentra dans l'ordre. Le patient est revenu ces temps derniers à l'Hôtel-Dieu, après deux mois de repos chez lui. Nous l'avons opéré à froid : il est guéri.

Je vous signalerai également l'observation d'un autre de nos malades que vous avez pu voir salle Saint-Landry, n° 42. Ce jeune homme a subi une série de crises d'appendicite en 1904, en 1905, en décembre 1906. A cette date il présenta tous les symptômes de l'abcès appendiculaire : fièvre (38°), saillie énorme localisée dans la fosse iliaque droite, abcès dont l'ouverture se fit spontanément à la peau et dont la guérison fut obtenue, par drainage convenable, au bout de trois semaines. Le malade est revenu ces jours-ci se faire opérer à froid et il va bien.

Ces deux cas sont une occasion pour moi de faire devant vous l'étude des abcès appendiculaires — étude rapide, car je ne puis, bien entendu, qu'effleurer cette importante question de chirurgie abdominale. Je vous présenterai également,

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

—

décidé de l'endormir et de faire une dilatation forcée. J'ai été appelé à l'aider pour l'anesthésie. Ayant accepté sans réflexion, j'ai pensé que je pourrais me mettre dans un fort vilain cas et je me suis récusé, attendant vos conseils, ce que le confrère, convaincu aussi, va faire.

1° Le mari *médecin* n'étant pas prévenu, malgré la volonté de sa femme, il me semble que l'on ne doit pas l'endormir. Si, par hasard, elle succombait, le mari pourrait *sans doute* nous poursuivre devant les tribunaux.

2° En admettant que tout aille bien, il est fort probable que le mari pas plus bête qu'un autre, lors des premiers rapports, se rendra compte que l'orifice est plus large que de coutume (il y a 2 ans déjà ! !). D'où querelle, explication, séparation peut-être, ménage brisé par notre faute et de plus, poursuites du mari.

R. — Votre décision est pleinement justifiée et vous ne pouvez avoir qu'à vous féliciter de votre abstention.

Dr L., à St-E, *à Concours.* — Je remercie le Docteur B. à D. de sa réponse dans le *Concours*. Je me vois forcé d'ajouter quelques lignes.

J'ai refusé de payer, pendant 3 ans, ma prime à la Société générale des Ass. agricoles et industrielles. Au bout de ce temps, j'ai reçu sommation d'avoir à payer. Maître Gatineau, à qui j'ai envoyé la police d'assurances et tout le dossier, m'a répondu que j'étais obligé de payer, qu'il n'y avait rien à tenter, qu'il existait des jugements rendus à cet égard. — Je me suis alors résigné et j'ai payé pour éviter des ennuis.

Désormais, je suivrai le conseil du confrère B. : je ne paierai plus :

Je remercie encore une fois le docteur B. et me permettrai d'avoir recours à ses bons offices, le cas échéant, comme il l'offre aimablement.

Amicale à Dr C., à B. (A). — Vous nous annoncez votre guérison à la date du 6 avril en nous accusant réception des 320 fr. qui vous ont été envoyés pour indemnité jusqu'au 31 mars; vous déclarez ne rien réclamer davantage et abandonner le reste. C'est donc un don de 50 fr. que vous faites pour la Caisse Auxiliaire et dont nous vous remercions bien sincèrement.

Suite page X

comme complément, un court exposé des différentes formes de péritonites appendiculaires.

*
* *

Les abcès dont nous nous occupons sont péri-appendiculaires. Je ne parle pas, en effet, des suppurations contenues à l'intérieur ou dans les parois de l'appendice. Ces abcès péri-appendiculaires ont pour *origine*, pour point de départ, soit une perforation de l'appendice, soit une infection propagée au-travers des parois de cet organe. Neuf fois sur dix, il y a perforation de l'appendice.

Le *siège* des abcès appendiculaires est très variable. Si la plupart se groupent autour du cæcum, il en est d'autres qui sont très éloignés et dont, n'étant pas prévenus, vous ne soupçonneriez pas l'origine. On peut en distinguer six variétés au moins. La première, la plus fréquente, qui compte les trois quarts des cas, est l'abcès pré-cæcal, situé en avant du cæcum. La deuxième est l'abcès rétro-cæcal, qui se développe à la face postérieure du cæcum et remonte généralement assez haut, pour devenir péri-néphrétique : j'en ai vu 7 ou 8 cas. La troisième variété est l'abcès pelvien, que j'ai rencontré une quinzaine de fois environ. Il s'agit d'abcès à cheval sur la fosse iliaque et le pelvis et descendant dans le petit bassin : leurs dimensions sont variables ; certains occupent tout le petit bassin. La quatrième variété, assez rare, est la variété ombilicale, dans laquelle l'épanchement suppuré s'étend obliquement en haut, vers l'ombilic. La cinquième variété, plus commune que la précédente, est l'abcès péri-hépatique, ou sous-diaphragmatique, placé alors entre la face convexe du foie et le diaphragme qu'il refoule, ainsi que le poumon. On pensera à ces derniers abcès au cours de certaines appendicites qui ne se refroidissent pas. La sixième variété, enfin, concerne l'abcès de la fosse iliaque gauche. Il est assez curieux, et sa pathogénie n'a pas encore reçu d'explication satisfaisante. Il est des cas où, l'appendice étant bien à droite, les malades font une appendicite, avec un abcès... dans la fosse iliaque gauche.

Telles sont les localisations connues des abcès péri-appendiculaires. Je ne serais pas étonné, d'ailleurs, qu'il y en eût d'autres, des suppurations périspléniques par exemple, et je résumerai mon impression en disant que, *partout dans le ventre, on peut trouver des abcès d'origine appendiculaire.*

Quel est le *nombre* des abcès ? Ordinairement, ils sont uniques. Quelle est leur *fréquence* ? L'abcès est-il constant, accompagne-t-il toujours la crise franche d'appendicite ? On n'est pas absolument d'accord à ce sujet. Des auteurs pensent que, dans la crise d'appendicite, il y a toujours au moins un épanchement séreux, septique, ou séro-purulent. Sans nous appesantir sur ce point, constatons que l'abcès est fréquent et se voit, sur 10 appendicites, 9 fois en moyenne.

Le *volume* de l'abcès est extrêmement variable. Quelquefois très petit, renfermant quelques gouttes de pus à peine, il est, d'autres fois, énorme, fournissant quatre à cinq litres de sécrétion purulente quand on l'évacue. Généralement, cependant, l'abcès est de dimensions modérées : c'est seulement lorsque le liquide ne se stérilise pas qu'il prend de grandes proportions.

L'*évolution* de l'abcès appendiculaire est également très variable. Habituellement, grâce à la défense du péritoine, il se forme des adhérences entre les organes (épiploon, anses intestinales, cæcum) qui limitent le foyer, d'où isolement de celui-ci. L'abcès contient un liquide séreux, séro-purulent, extrêmement fétide, d'une fétidité telle que ceux qui ne sont pas au courant se demandent si l'intestin n'a pas été ouvert. Il renferme quelquefois des fragments d'appendice, des petites boulettes fécales et parfois même, sans perforation intestinale des gaz.

Je n'insisterai pas sur la bactériologie des abcès en question. On y trouve des coli-bacilles (9 fois sur 10), des streptocoques, des microbes anaérobies, etc. Fait important à connaître : le liquide du foyer, primitivement très septique, devient fréquemment — mais non toujours — aseptique au bout de peu temps. Je vous rappelle à ce propos que le pus des poches salpingiennes se stérilise souvent aussi spontanément.

Dans les cas heureux, donc, le liquide, devenu stérile, se résorbe progressivement, et il reste, finalement, un petit amas caséeux, aseptique, que le chirurgien retrouve lors d'une intervention faite à froid, deux ou trois mois après la crise aiguë, comme j'en ai observé de nombreux exemples(1).

Il est, par contre, d'autres cas où, pour des raisons diverses, l'abcès gagne les parties voisines et cherche une issue. L'ouverture peut se faire soit à la peau, soit — plus souvent, malheureusement — dans les cavités profondes, le péritoine, le cæcum, l'intestin grêle, le rectum, la vessie et même, ainsi que je l'ai vu une fois, dans l'uretère. L'ouverture peut encore se produire très bas, au périnée, ou très haut : on connaît des observations curieuses d'abcès appendiculaires évacués par les bronches.

Quelle est la *symptomatologie* de ces abcès ?

Dans les cas typiques, on trouve les *signes physiques* suivants : un empâtement, un plastron étendu, une douleur locale caractéristique à la pression, du ballonnement, quelquefois un œdème léger et des dilatations veineuses sous-cutanées. Ne croyez pas qu'il y aura fatalement de la matité, ce peut être tout le contraire. J'ai vu, dans ce service, un malade chez lequel on constatait de la sonorité, les anses voisines étant distendues. N'éloignez pas, dès lors, l'idée d'abcès parce qu'il y a sonorité. D'autre part, n'attendez pas, non plus, la fluctuation : la poche étant profonde, la fluctuation se perçoit très tardivement.

Les *symptômes fonctionnels* consistent en douleurs spontanées, vomissements, parésie intestinale. Les douleurs sont généralement calmées par l'application du sac de glace. Elles ne persistent, malgré ce traitement, que si l'abcès a tendance à s'étendre. Quant à la parésie intestinale, c'est un phénomène trompeur ; il fait penser à l'occlusion intestinale. Quelque chose vous guidera dans l'abcès, il y a de temps en temps évacuation de gaz par l'anus et l'abdomen n'est pas distendu énormément comme il l'est dans l'occlusion. Dans certains cas, cependant, le diagnostic est embarrassant.

Les *symptômes généraux* sont parfois très graves surtout au début. Le facies est presque péritonéal. La fièvre est variable. Le frisson, lorsqu'il existe, indique un abcès peu enclin à se stériliser.

---

(1) *Epanchements séro-purulents et abcès appendiculaires résorbables ou résidueux* (*Gazette des hôpitaux*, mai 1902.)

Les *complications* des abcès appendiculaires sont nombreuses : ce sont: la péritonite, l'ouverture du foyer dans l'intestin, à la peau, etc., les fistules stercorales.

Le *diagnostic* n'est pas facile à la phase initiale. L'examen du sang, la recherche de la leucocytose, que l'on avait proposé comme moyen de diagnostic précoce, n'a pas une bien grande valeur: la leucocytose n'apparaît guère qu'avec les signes cliniques révélateurs de l'abcès.

Quant au *pronostic*, il varie selon les complications. Vous vous rappellerez que la résorption spontanée de l'abcès est assez fréquente. Mais vous penserez aussi, à la péritonite, aux cas où le foyer ne se stérilise pas et où le patient succombe à la septicémie, à la forme toxique de l'appendicite, etc.

*
* *

J'arrive maintenant à l'étude des *péritonites appendiculaires.*

Il en existe deux variétés : la *péritonite septique diffuse et la péritonite purulente généralisée.*

La première variété, la *péritonite septique diffuse*, est une affection typique, particulièrement grave, fatale pour ainsi dire. C'est une infection suraiguë frappant d'emblée toute la cavité péritonéale. On trouve, anatomiquement, peu de lésions apparentes, pas de fausses membranes, pas d'adhérences au pourtour de l'appendice, une faible quantité de liquide dans l'abdomen. Les anses intestinales ont une teinte rougeâtre. Jadis, on voyait souvent cette péritonite septique diffuse, à la suite d'opérations abdominales pratiquées sans antisepsie. La symptomatologie est celle de la péritonite par perforation : douleurs diffuses, ballonnement du ventre, facies pâle, plombé, terreux, tiré, vomissements répétés, porracés, noirâtres, quelquefois sanguinolents. Fièvre variable, 40°, 41°, parfois 38°5 seulement. Il y a alors, dans ce dernier cas, dissociation du pouls et de la température, un pouls petit, filant, à 130. Beaucoup de chirurgiens, après les interventions abdominales, tiennent plus compte du pouls que de la température. Un pouls petit et filant est toujours un indice sérieux, même avec 38° de fièvre seulement. Autres symptômes : la dyspnée, dont il faut se méfier (c'est un mauvais signe), la faiblesse de la voix, une légère cyanose des ongles sur laquelle M. Le Dentu a insisté, l'arrêt des gaz, etc.

L'évolution est fatale : je ne connais pas d'exemple de guérison d'une péritonite septique diffuse. Le diagnostic n'offre pas de difficultés pour les chirurgiens qui ont quelque expérience.

La deuxième variété, la *péritonite purulente généralisée* est plus intéressante, car la thérapeutique n'est pas sans espoir contre elle. Ici, la défense du péritoine forme des fausses membranes qui limitent l'infection. Il en est deux formes : l'une totale, l'autre à poches multiples.

Un point sur lequel je veux insister, c'est la symptomatologie. A côté des cas typiques, où vous trouvez une péritonite franche, des vomissements, de la douleur, une température élevée, *il existe de grandes péritonites appendiculaires insidieuses*, que rien ne révèle pendant un certain temps. Je les ai déjà étudiées (1). Je rapporte souvent l'observation d'un malade soigné dans ce service de l'Hôtel-Dieu, au mois de mars 1903. Il s'agissait d'un homme de 50 ans qui était entré dans la nuit. A mon arrivée à l'hôpital, le matin à 9 heures et demie, je l'examinai et je fis le diagnostic d'appendicite ; le début de la crise remontait à trente-six heures. L'état du malade ne paraissait pas inquiétant. Il avait une douleur nette au point de Mac-Burney, un peu de contracture des muscles de la paroi à ce niveau, sans plastron véritable. Le facies était un peu pâle, la fièvre à 38°, et je me disais : « Voilà une appendicite qui va très probablement se refroidir ». J'ordonnai l'application de glace et montai faire ma clinique. A 10 heures 1/2 on vint en toute hâte m'annoncer que le malade avait un facies altéré, et une tendance à la syncope et au refroidissement. Je fis tout préparer pour l'intervention et, à 11 heures, je l'opérai ; je trouvai une péritonite généralisée, du pus dans le petit bassin, du pus dans la zone sous ombilicale ; une demi-heure avait suffi pour que la symptomatologie devienne très grave et rende évidente la suppuration péritoneale généralisée. Malgré un drainage abdominal multiple, cet homme mourut en quarante-huit heures.

J'ai vu d'autres cas analogues. Je me rappelle, entre autres, une enfant que j'ai opérée dans le service de M. Brun. La petite malade paraissait aller bien, l'appendicite semblait se calmer. A la visite du matin, je ne constatai pas de fièvre, pas de ballonnement abdominal. Le facies n'était pas altéré. Me trouvant par hasard le soir à l'hôpital, on me signale que, après huit heures d'application de la glace, l'enfant a eu un vomissement bilieux abondant. Guidé par ce symptôme anormal, je l'opère et je suis surpris de trouver une péritonite purulente généralisée. L'enfant a guéri.

Ces péritonites appendiculaires insidieuses ne sont latentes que momentanément, car les symptômes graves éclatent bientôt brusquement. Vous examinez, par exemple, le malade le matin, le soir à 6 heures, vous ne constatez rien d'alarmant. A 10 heures du soir, on vous appelle d'urgence : le patient est très mal. Ces malades peuvent avoir du pus plein le ventre, sans signe révélateur. En quelques heures, il est trop tard. C'est pourquoi je vous disais que le diagnostic précoce n'est pas toujours facile à faire. Aussi, en présence d'un sujet atteint d'appendicite, si la situation vous laisse des doutes, reste imprécise, si le patient continue à vomir, si son état général fléchit et si, en un mot, vous avez des craintes, n'hésitez pas, faites la laparotomie exploratrice. Dans une dizaine de cas, j'ai ainsi guéri des malades qui auraient succombé si l'intervention avait été remise de quelques heures.

Le pronostic des péritonites purulentes appendiculaires est, il va sans dire, très grave. Néanmoins, l'intervention chirurgicale le rend moins sombre.

*
* *

Quel est le *traitement des abcès et des péritonites appendiculaires* ?

A) Contre les abcès, on tentera en premier lieu l'expectation avec surveillance et un traitement symptomatique. J'estime que *tout malade atteint d'appendicite doit être vu toutes les 6 heures*. On fait appliquer de la glace sur le ventre

(1) Difficultés du diagnostic précoce des grandes péritonites appendiculaires insidieuses *Médecine moderne*, 2 septembre 1903.

et, si les vomissements cessent, si le pouls est bon, s'il n'y a pas de péritonite généralisée — je parle ici du traitement des abcès et non du traitement de l'appendicite elle même — on continue les applications de glace jusqu'au refroidissement complet de l'appendicite et à la résorption de l'abcès.

Lorsque, au contraire, on note des oscillations dans la température, indice d'une suppuration qui ne se stérilise pas, il faut inciser, ouvrir le foyer, le rechercher devant le cæcum, autour du cæcum, dans le petit bassin. Si on ne le trouve pas, on met, sans insister outre mesure, un drain : le pus finit par s'écouler. D'où sort-il alors ? on ne le sait, mais il est plus prudent de ne pas faire des manœuvres trop prolongées, ces manœuvres pouvant rompre les néo-membranes de protection et transformer une péritonite localisée en une péritonite généralisée.

Il est des cas spéciaux. Dans la forme pelvienne, on a conseillé l'incision par le cul-de-sac vaginal, le périnée, le rectum. Dans l'abcès sous-hépatique, on incise plus haut, là où est le foyer purulent.

Une question se présente. Doit-on, à outrance, rechercher l'appendice ? Je ne le crois pas ; ce serait s'exposer à des désastres. Il vaut mieux se contenter d'ouvrir l'abcès et, si le malade continue à souffrir, faire la laparotomie, deux mois après environ, pour enlever l'appendice. Toutefois, n'annoncez pas d'avance que vous le trouverez : il a pu être sphacélé dans la collection purulente.

B) Le traitement préventif de la péritonite consisterait à pratiquer, au début de la crise, l'extirpation de l'appendice Mais ceci regarde le traitement de l'appendicite, point qui est encore en discussion.

La péritonite est déclarée. Dans la péritonite septique diffuse, faut-il opérer ? La laparotomie ne donne rien ; il n'y a pas de liquide dans le ventre : drainer quoi ? Habituellement, on n'intervient pas dans ces cas. On se contente d'injections de sérum, d'éther, de caféine et, règle générale, les malades succombent. Le traitement chirurgical et le traitement médical sont inefficaces, jusqu'à maintenant tout au moins

Heureusement, notre impuissance n'est pas aussi marquée dans la péritonite généralisée appendiculaire

Comme chirurgien de garde, j'ai opéré beaucoup de ces péritonites, 80 environ, avec un taux de 10 % de guérisons. Je draine en trois endroits, dans la fosse iliaque droite, dans la fosse iliaque gauche, dans le petit bassin. On peut aussi recourir au drainage lombaire (Villemin), au drainage abdomino-vaginal, au drainage abdominal à trois étages (pelvien, iliaque, sous-hépatique), au drainage périnéal.

S'il s'agit d'enfant, il est bon de placer pendant le pansement le malade dans la position ventrale; il s'écoule ainsi une quantité plus grande de pus et l'évacuation du pus est plus complète.

Il y a dix ans, on avait recours aux grands lavages, on faisait passer beaucoup de solutions antiseptiques et du sérum stérilisé dans la cavité péritonéale. On y a renoncé : on n'est pas bien sûr de ces liquides ; de plus, leur passage peut rompre des adhérences utiles et gêne la défense du péritoine contre l'infection.

Quant aux résultats du traitement, je viens de les énoncer. J'ai obtenu 10 % de guérisons pour ces formes de péritonites suppurées et je pense que des interventions plus précoces donneraient encore une meilleure statistique.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'utilisation pratique des feuilles fraîches de digitale.

Nous n'avions pas attendu la discussion qui eut lieu, à la fin de 1906, à la Société de Thérapeutique, sur les glucosides de la digitale, pour faire connaissance avec la digitoxine soluble de Clœtta. Notre attention avait déjà été attirée sur ce remède par l'importance qu'il avait prise dans la science allemande.

Mais nous devons avouer que notre étonnement fut grand quand nous eûmes appris que nos idées acquises sur les propriétés de la digitale étaient inexactes, puisque la digalène, avec une puissance égale à celle de la macération, avec une solubilité parfaite, une absence totale d'accumulation, une toxicité presque nulle, est la représentation véritable de ce qu'aurait toujours dû être la médication digitalique.

Tout d'abord une sorte d'incertitude naissait en nous. Il nous était difficile de rompre cette inconsciente association d'idées qui mettait *accumulation* à côté de *digitale*, et nous nous demandions si la digalène avait réellement la puissance thérapeutique qu'on lui attribuait.

Mais cette incertitude ne pouvait résister à la simple réflexion. Ne savons-nous pas, en effet, que les préparations galéniques de digitale doivent leurs défauts habituels à l'utilisation forcée de feuilles sèches plus ou moins altérées par cette dessiccation même ?

C'est donc la *feuille fraîche*, pas encore altérée, qui doit au contraire posséder les propriétés exactes de la plante. Mais comment les utiliser dans la pratique médicale ? Il y avait là un problème en apparence insoluble, mais qui pourtant devait être résolu par la découverte du véritable principe actif de la feuille fraîche.

Ce principe actif, isolé par le Professeur Clœtta, de Zurich, est la digitoxine amorphe ou *digalène*.

La digitoxine amorphe n'est donc pas, comme son nom semblerait l'indiquer, seulement un glucoside nouveau ayant des qualités analogues à celles des autres digitalines. C'est la substance active de la feuille fraîchement coupée et ses propriétés sont exactement celles que présenterait une infusion de digitale préparée immédiatement avec ces feuilles fraîchement coupées.

Toute la supériorité de la digalène consiste dans ce fait qu'elle fournit au praticien les qualités réelles de la plante, impossibles à obtenir avec n'importe quelle préparation galénique. Et comme d'autre part, elle a une formule chimique invariable $C^{14} H^{23} O^{5}$, un poids moléculaire bien établi 280, elle permet d'éviter définitivement l'inconstance thérapeutique des préparations habituelles.

Quelles sont donc les propriétés cliniques de la digalène ?

C'est d'abord sa solubilité, une solubilité parfaite dans l'eau, et c'est ensuite sa toxicité pres-

que nulle et *son absence complète de phénomènes d'accumulation.*

Sans doute, son origine particulière, qui la fait sortir des feuilles pas encore altérées, explique dans une certaine mesure sa faible toxicité. Mais c'est principalement sa solubilité extrême qui lui enlève dans la pratique les dangers communs aux préparations de digitale.

Les Auteurs comme Laumonier (1), Nigoul (2), Bech (3), Brion (4), Langle (5), insistent sur ce fait que dès son arrivée dans l'économie, la digalène est prise par la circulation et, tout en allant impressionner les organes malades, ne tarde pas à traverser le filtre rénal.

Dès les premières 24 heures le remède commence à s'éliminer et les jours suivants il quitte définitivement l'organisme avec la diurèse considérable qu'il entraîne. Il ne lui est donc pas possible de s'accumuler et il ne peut pas devenir toxique. Cette toxicité d'ailleurs, calculée par les physiologistes, est de deux tiers inférieure à celles des autres digitaliques.

Mais il est une autre conséquence, fort importante aussi, qui dérive de cette solubilité:

La digalène devient un médicament *injectable* et peut être facilement utilisée par les voies sous-cutanée, *intra-musculaire*, intra-veineuse.

Ainsi se trouve réalisée la médication digitalique d'urgence et ce fait doit être considéré comme un véritable progrès. Toutes les fois que nous aurons affaire à des cas d'asthénie cardiaque aiguë au cours des maladies infectieuses ou bien encore que nous aurons affaire à des manifestations asystoliques rapidement menaçantes, toutes les fois aussi que l'estomac des malades n'aura pu supporter la digitale ordinaire, le médecin, en utilisant les injections intra-musculaires de digalène, obtiendra quand même et immédiatement tous les effets médicamenteux de la digitale.

Ces notions nouvelles sont fort importantes à connaître pour le praticien, et, si nous les rappelons ici, c'est parce que nous estimons qu'elles sont de nature à le tirer d'embarras dans bien des circonstances.

C'est d'ailleurs cette facilité d'utiliser les propriétés de la digitale par les injections profondes de digalène qui nous a plus particulièrement intéressé, et bien que, dans plusieurs cas, nous ayons donné ce remède par la voie gastrique à raison de 3 à 4 cc. par jour, sans le moindre inconvénient, nous avons aimé l'utiliser 8 fois, en injections intra-musculaires dans les muscles fessiers.

Il s'agissait, dans 7 cas, d'asystolie véritable avec dyspnée, orthopnée, anurie et œdèmes.

Chez cinq malades, les symptômes de l'insuffisance tricuspidienne succédant à des lésions valvulaires chroniques étaient évidents. Le sixième était atteint d'insuffisance cardiaque consécutive aux lésions d'une néphrite parenchymateuse ; le septième, souffrant d'insuffisance mitrale jusque là tant bien que mal compensée, avait été pris d'une crise de dilatation aiguë à la suite d'une fatigue excessive. Quant au dernier malade, c'était un typhique de 19 ans qui, vers la fin du second septenaire, présenta des troubles très nets de myocardite aiguë.

Tous ces malades ont supporté sans la moindre difficulté 2 à 3 injections de 1 cc. de digalène par jour dans les muscles fessiers. Chaque c. cube de digalène représente trois dixièmes de milligr. de digitoxine, soit 15 ctgr. de poudre de feuilles fraîches. Les injections ont été faites pendant une moyenne de 4 à 7 jours de suite et dans trois cas elles furent reprises plus tard pendant encore une période de trois jours à raison de 2 cc. par 24 heures. Chez le typhique seulement nous avons injecté 2 cc. par 24 heures et pendant trois jours consécutifs.

Toutes ces injections sauf deux ont été absolument indolores. Les malades s'y habituent aisément ; dans tous les cas, la digalène a manifesté des propriétés cardiotoniques et diurétiques très nettes. Dès le premier jour, la dyspnée diminue et le volume des urines augmente.

Dans quatre observations, la diurèse, qui était inférieure à 400 gr. par jour, a commencé à se relever au bout de 9 à 12 heures, et atteignait à la fin du premier jour de 700 à 900 grammes.

A ce moment déjà, nous avons pu constater un léger ralentissement des battements cardiaques.

Les jours suivants, l'état pulmonaire s'améliorait. Les râles congestifs quittaient les bases, et, chez deux malades, des crises nocturnes d'asthme cardiaque disparurent. La diurèse se relevait progressivement, l'arythmie s'atténuait, les bruits du cœur étaient plus soutenus. Du 5e au 7e jour la diurèse était à 3 litres 3 litres 1/2 et dans un cas elle atteignit 4 litres 200. A ce moment les œdèmes et l'ascite commençaient à décroître, le pouls était plus ferme, plus régulier, le myocarde retrouvait sa force contractile et se régularisait. Par la suite, la diurèse persista tant que durèrent les œdèmes.

Ceux-ci disparurent chez deux asystoliques au bout de 9 à 11 jours, et en un peu plus de 2 semaines chez 4 autres. Chez trois d'entre eux la diurèse ayant baissé avant la résorption complète des sérosités, c'est-à-dire 4 à 5 jours après la dernière injection, nous avons dû les reprendre à raison de deux cc. par 3 fois 24 heures. Le volume des urines augmenta immédiatement et peu de temps après la guérison était obtenue. Le malade atteint d'asystolie aigue fut rétabli en une semaine après une série d'injections de 3 cc. pendant 4 jours consécutifs. Quant au typhique, les irrégularités du cœur et la tendance aux syncopes furent amendées au 5e jour après qu'il eut reçu 6 injections de 1 cc. La diurèse chez lui n'a pas dépassé 1800 à 2000 grammes.

Chez aucun de ces malades nous n'avons observé de phénomènes toxiques et *jamais de symptômes cumulatifs*. L'albumine urinaire avait dans presque tous les cas disparu à la fin du traitement.

Nous attirerons l'attention sur ce fait qu'il nous a été plusieurs fois indispensable pour relever la diurèse, de reprendre les injections de Digalène à un moment où toute nouvelle dose d'infusion ordinaire eût été un danger. Le seul résultat observé a été une augmentation presque immédiate du volume des urines et la disparition consécutive des œdèmes subsistant.

Ce fait prouve évidemment que l'élimination de la digalène est particulièrement rapide, et qu'il faut

(1) *Bulletin Général de Thérapeutique*, 15 décembre 1906.
(2) *Gazette des Hopitaux*, 14 et 16 février 1907).
(3) Thèse de Lyon 1907.
(4) Thèse de Paris. 1905.
(5) *Concours Médical*, n° 4, 1907.

en conséquence procéder à des injections renouvelées plusieurs jours de suite.

Ainsi, au point de vue clinique, la Digitoxine Cloetta nous permet d'utiliser contre les états asystoliques des doses élevées de digitale, c'est-à-dire d'obtenir des effets cardiotoniques, diurétiques et résolutifs immédiatement énergiques *sans accumulation* et sans toxicité.

Quand on pense que ces résultats sont obtenus d'une façon constante aussi bien par la voie buccale que par injections intramusculaires indolores, et que d'autre part, grâce à cette dernière méthode, la digitale devient un remède d'urgence, on est en droit de conclure en disant que l'utilisation de la Digalène est pour la science un incontestable progrès.

Dr Roussely.

PROPHYLAXIE PRATIQUE

La rémunération des déclarations obligatoires des maladies transmissibles.

(*Suite* : Voir « *Concours médical* » du 17 février et du 3 mars 1907.)

III

« *Est-il honorable et utile professionnellement d'obtempérer à la loi, tout en réclamant l'indemnité qu'elle entraîne en vertu de l'axiome social : le salaire doit être adéquat au travail ?* »

Si nous avons pu convaincre nos lecteurs : 1° que, vu notre organisation politique, l'obligation de la déclaration nous resterait « *délibérément* » et « *à nous seuls* » ; 2° que cette déclaration pouvait être considérée par le Corps médical comme « *un devoir nouveau* », né des besoins nouveaux de la Société, il nous sera, croyons-nous, facile de leur démontrer cette troisième proposition.

Notre dernier article voit le jour juste au moment où, suivant l'avis autorisé du « *Concours médical* » (27 mars 1907), « la loi du 15 février « 1902 va entrer en vigueur et, dans un délai rap- « proché, fonctionner d'une manière à peu près « générale. »

Comme elle est pour nous grosse de conséquences, cet article semble donc avoir l'avantage d'une certaine opportunité, ne serait-ce, après tout, que celle d'éveiller l'attention des intéressés sur leur situation vis-à-vis de la loi, de provoquer la discussion sur la ligne de conduite qu'elle les amène à suivre.

Aurions-nous, en cet essai de démonstration, obtenu ces seuls résultats, que nous en serions personnellement satisfait.

Et, sous le couvert de cette modeste ambition, nous n'hésitons pas à dire à nos confrères :

A : Oui, la déclaration obligatoire des affections transmissibles est professionnellement *honorable* (1) ;

B : Oui, elle est professionnellement *utile*, et *le sera hautement* si nous le voulons ;

C : Oui, elle rentre dans la catégorie des *actes professionnels dont la rémunération est de droit*, en vertu de l'axiome social : « Le salaire doit être adéquat au travail ».

A : « *La déclaration obligatoire des maladies transmissibles est professionnellement honorable.* »

Ceux qui, comme nous, peu nombreux encore, consentent à voir en elle un « devoir social nouveau » ne sauraient le contester, l'accomplissement d'un devoir, de quelque ordre qu'il soit, étant d'autant plus honorable qu'il va plus à l'encontre des habitudes et de l'éducation professionnelles, des intérêts ou de ce que l'on prend pour tels.

Aux yeux du plus grand nombre — et nous fûmes longtemps de ceux-là — la déclaration est une atteinte à notre liberté, une déchéance du « droit de discrétion » qui fait « la force et l'honneur de notre profession. »

Nous répondrons simplement que « la loi Chevandier » nous imposait déjà, en 1892, la déclaration de certaines maladies contagieuses.

Or, que fût Chevandier ? Sinon le créateur de nos Syndicats médicaux, tout au moins le père de leur légalité, celui qui, pour leur donner le droit de vivre, mourut presque à la tâche, enfin l'homme et le confrère auquel les « Praticiens » voueront une éternelle reconnaissance.

Qui oserait prétendre que Chevandier, l'auteur de la loi de 1892 sur l'exercice de la Médecine, n'a pas regardé la déclaration comme parfaitement honorable ?

L'appui d'une autorité aussi haute devrait nous suffire, mais nous croyons avoir prouvé que la *déclaration ne peut être assimilée à un acte de délation* ; qu'elle *n'attaque pas réellement le Secret professionnel*, puisque, en vertu de l'article 378 du Code pénal, ce secret lie, *par état et par profession*, ceux auxquels nous sommes astreints à le confier ; qu'elle n'entache pas davantage notre dignité puisqu'elle ne porte atteinte ni à l'honneur des familles, ni, de notre fait, à leurs intérêts.

Elle n'est donc pas et ne peut être professionnellement déshonorante.

Il va sans dire qu'en des circonstances spéciales, — tout est possible dans la pratique médicale, — *le médecin vraiment digne de ce nom* saura peser dans sa conscience lequel est le plus impérieux de ses devoirs ou de « se taire », ou de « déclarer ».

Etant donnée la nature des affections déclarables, il n'aura pas souvent à juger le pour et le contre ; mais, *exceptionnellement, il saura ignorer la loi, tout en prenant les mesures qui couvriront sa responsabilité ; il est, en effet, indéniable que celle-ci tend actuellement à s'accentuer et à ne pas être simplement d'ordre général.*

Ainsi ce « devoir nouveau » ou cette « obligation nouvelle », comme on voudra, revêt un caractère moralement élevé en laissant au médecin *l'honneur* des risques à courir par le fait même de son propre déterminisme.

Bien plus, la déclaration relève à notre avis de la dignité professionnelle : elle ne fait plus de l'art médical une question de malades plus ou moins nombreux à traiter, une « exploitation » particulière plus ou moins habile ou fructueuse, mais une des forces sur lesquelles la Société prétend s'appuyer pour se délivrer des maux dont elle souffre ; *il appartient aux praticiens de prendre en main le levier de la déclaration*, grâce auquel ils décupleront cette force au profit de tous,

(1) Les seules maladies transmissibles visées obligatoirement par la loi de 1902, évidemment ; nous ne voudrons, au cours de cet article, jamais dire autre chose.

et, nous nous efforcerons de le démontrer, au profit de leur légitime influence.

Enfin,nous ne sommes plus au temps « sacerdotal » où nous vivions de « denrées reconnaissantes » plus que de réels honoraires. Subissant la loi du *transformisme par action du milieu*, nous réclamons, comme le commun des mortels, notre part de travail et de salaire ; nos Syndicats, comme les autres Syndicats, s'occupent jalousement de la situation « économique » de la profession ; depuis que nous avons quitté une atmosphère de rêve qui fit de nous, praticiens, souvent des exploités, nous reprenons lentement, par nos associations, nos positions compromises et nos plus dangereux adversaires ne sont aujourd'hui ni les Mutualités, ni les Compagnies d'assurances.

La déclaration obligatoire est une des manifestations de cette transformation de l'exercice de notre art ; se soumettre, pour vivre, aux nécessités « implacables » du milieu, ne peut être déshonorant ; nous pouvons, sans rougir devant notre passé, accepter la déclaration !

B : « *La déclaration est professionnellement utile et le sera hautement si nous le voulons.* »

« Ceci tuera cela », a dit Hugo ; soyons donc « ceci et ne devenons pas « cela ». Les plus sérieux adversaires des « praticiens » — nous venons d'en parler sans autrement les désigner — tentent de faire *dans le domaine médical* une sorte de *partage de biens* ; leurs diplômes nouveaux diminuent l'importance et l'action du Doctorat dont, naguère, l'Officiat de santé doublait la valeur ; ils ont supprimé l'Officiat. Vers quel but avoué ? Celui de l'unification des diplômes dont, à les entendre, la Médecine française bénéficierait par l'élévation de son niveau scientifique.

Mais, de nos jours, autre chanson : ils ne disent pas que notre diplôme est insuffisant, ils veulent prendre notre place et la prendre toute ; ils y font des coupes sombres, nous rejettent en bloc en un « Officiat » déguisé et, d'un trait de plume, nous suppriment !

Voyez le « certificat supérieur » ou « d'admissibilité à l'agrégation », ce qui est tout un ; sous l'expression apparente du droit de ceux qui « ayant travaillé ne trouveront pas mal de pouvoir en fournir la preuve », se devine *le choix déterminé* pour les emplois secondaires dans les hôpitaux et les laboratoires, le *souci du choix* pour les emplois administratifs.

Voyez le diplôme « d'Hygiène » accordé à nos connexes les pharmaciens — ce qui n'est pas injuste — aux vétérinaires, aux architectes, aux ingénieurs, à ceux que nos Facultés *au choix*, jugeront « aptes » ; il s'y devine, sous le prétexte du bien-être général, un désir de participation effective aux grands travaux publics dont l'hygiène est inséparable et dans lesquels aucun de nous n'aura plus rien à voir.

Voyez le diplôme de « Psychiatrie et de Médecine légale » ; il ne faut pas être grand clerc pour s'apercevoir qu'il crée *au choix*, pour une petite coterie, un monopole fructueux : cela vient de se constater à Marseille où, *sur l'ordre de la chancellerie*, un jeune confrère doté de ce diplôme a pris la place de médecins vieillis sous le harnais de la pratique médico-légale.

Et l'assistance gratuite ? N'aura-t-elle pas bientôt son diplôme ? Nous devons nous y attendre, car le fait suivant est suggestif :

Certain Institut Pasteur, en mal d'expansion et d'argent, fit, un jour, avec l'appui de la Faculté, à l'administration de bienfaisance d'une grande ville, la proposition d'instaurer un concours pour l'emploi de « Médecin des pauvres ». Notez que le Directeur de cet Institut, médecin supérieur de la marine en congé régulier, — afin sans doute de nous remettre en mémoire la classique « retraite des Dix Mille », — a été nommé, *au choix*, directeur dudit Institut, puis, *au choix*, professeur d'Hygiène à la Faculté. Il voulait cependant, faire remplacer, dans ce concours, *dont il aurait été de droit le président,parce qu'il en faisait une question d'Hygiène, vingt vieux praticiens* de l'assistance gratuite par *cinq de ses élèves* : il n'y réussit point, et le « libre-choix » du médecin, accordé aux malheureux, coupera les ailes à ce canard, auquel nous avons déjà, entre parenthèses, envoyé par mal de plombs.

Et les accidents du travail ? Ne sont-ils pas tout indiqués pour un diplôme nouveau ? La branche est lourde de fruits à cueillir ; qu'est-ce que cela fait si vous avez pratiqué quinze ans les accidents d'usine ? « L'alma parens » et l'Institut Pasteur ne peuvent faire mieux que de secouer la branche pour les enfants de leur choix !

C'est donc, avec notre diplôme au pillage, la fonctionnarisation intensive des futurs médecins. Nos Facultés prêtent généreusement la main à cette œuvre néfaste ; elles font mieux encore : elles *avilissent* le doctorat en *le donnant* à qui veut le ramasser : à l'Ecole de médecine de Clermont, des « *étudiantes* » *munies du brevet supérieur* (!) ont pu prendre, après une année de P. C. N. leurs inscriptions de doctorat. Certes, on n'est pas plus galant, mais :

« Où la sœur a passé passera bien le frère »

et nous voilà dans de beaux draps !

Que conclure de tout ceci ? C'est que le corps professoral se sépare de plus en plus du Corps professionnel ; que son influence sur la « Démocratie médicale » ayant singulièrement baissé, il veut la ressaisir,non en faisant des médecins véritables, mais en créant des fonctions. Pourquoi ? Parce que le fonctionnarisme le travaille et qu'il a, pour des raisons multiples, perdu son indépendance vis-à-vis des pouvoirs.

Au sein de notre Académie, dans nos Universités, n'existe plus l'esprit de liberté dont elles ont été longtemps fières à bon droit; l'assujettissement « par en haut » leur fait désirer l'assujettissement « par en bas », le nôtre.

Quoi d'étonnant alors qu'elles nous aient laissé imposer la déclaration obligatoire qui, dans leur façon de voir, devait concourir à nous diminuer ?

Eh bien ! cette arme de la déclaration dont on veut nous frapper, nous en faisons une arme d'attaque, nous la retournons *contre nos adversaires* et nous leur disons :

« Conscients de *notre devoir social nouveau*, acceptant en prolétaires que nous sommes le mandat dont, avec Chevandier, nous comprenons la grandeur, la force et l'honorabilité,nous voulons être, par la déclaration, des soldats d'avant-garde toujours sur le qui-vive ; par elle, nous deviendrons, en temps d'épidémie, les intermédiaires directs entre l'administration et les administrés ; par elle, nous serons les détenteurs d'une part d'autorité morale qui assiéra notre situation au regard de ceux qui recevront nos soins ; et puisque, par elle, vous avez fait de nous les « protecteurs attitrés » de la santé publique,

nous ferons tout le nécessaire pour que celle-ci puisse se passer de vous, « *en conservant nos mains libres* ».

Voilà l'utilité réelle de la déclaration; elle nous délivre des futurs « ronds-de-cuir » que vous n'auriez pas manqué d'interposer bientôt entre notre clientèle et nous !

Et notre action publique sera, par la déclaration appuyée sur le nombre, tellement forte et débordante que vous nous verrez entrer un jour dans la plupart de ces conseils d'où sortent, sans nous, un tas de décisions de pédagogues et de théoriciens, ignorants des réalités que nous pratiquons tous les jours.

Mais si la déclaration faite loyalement par les praticiens peut leur être hautement utile, il est logique de penser que le « silence » peut leur être nuisible.

Lorsque, dans un temps prochain, la loi entrera en vigueur, nous ne devons pas nous dissimuler que la question des déclarations se posera d'autant plus vive que la loi de 1902 ne peut, sans elles, avoir d'effets sérieux.

Souvenons-nous toujours des applaudissements recueillis par M. Monod dans son appel à la magistrature; des fonctionnaires médicaux nous guettent qui, sur notre dos, donneront aux pouvoirs l'illusion de l'utilité de leurs fonctions, grassement payées.

Quelques départements — le Nord par exemple, — en sont déjà dotés ; ils portent le titre ronflant d' « inspecteurs départementaux d'hygiène ».

A Lille, un jeune confrère bien apparenté est venu supplanter « en cinq sec » tous les médecins d'une région dont il avait pris connaissance dans l'étude d'une vague ankylostomiase.

Notre Institut Pasteur, auquel la Providence n'a pas jusqu'à ce jour accordé d'Osiris, guignait l'emploi pour l'un des siens ; de son côté notre Faculté de médecine y poussait l'un de ses « tentacules » mais la brouille ne fut pas longue : c'est un enfant de Toulouse qui l'obtint.... pour des raisons de famille, à ce qu'on dit.

Qu'a fait jusqu'à présent ce distingué confrère ? Peu de chose, puisque la loi en est encore aux tâtonnements d'application ; mais si, dans un temps donné, nous persistons à ne pas faire la déclaration, rien ne nous dit que cet inspecteur départemental, si aimable soit-il envers nous, saura toujours se contenter de recevoir, en haut fonctionnaire, ses confrères dans les mairies, de demander la fermeture de quelques écoles, de tenter quelques illusoires désinfections, d'ébaucher quelques rapports anodins, de vacciner même, de sa main, un personnel de préfecture.

A propos d'une récente et très circonscrite épidémie de variole à Dunkerque, cet inspecteur s'est déplacé, suivi de près par le Dr Chantemesse, inspecteur des inspecteurs ; leur enquête donna l'occasion, à quelques journaux de l'opposition, d'attaquer virulemment deux honorables confrères agréés par l'administration.

Ils se sont tirés de ce mauvais pas, ce dont nous les félicitons sincèrement ; mais quel eût été, en de pareilles circonstances, le sort de praticiens sans appui, comme nous le sommes à peu près tous ? Celui

« du pelé, du galeux d'où venait tout le mal » évidemment.

N'en tentons pas l'expérience ; elle se ferait, croyez-le bien, à nos dépens. Devant un cas, *même isolé*, d'affection contagieuse obligatoirement déclarable, exécutons-nous ; les conséquences de notre abstention pourraient nous être désastreuses, d'abord *par la sanction pénale* inscrite tout au long dans la loi, ensuite par *l'action en responsabilité civile* susceptible d'en sortir.

Qu'on ne vienne pas nous affirmer que la force d'inertie suffira à rendre la pénalité inapplicable, et lettre morte la nouvelle obligation :

« En Dordogne, nous écrit un distingué confrè-
« re dont nous tairons le nom et pour cause, nous
« avons opposé à la déclaration le plus profond
« mépris ; sans entente préalable, par une espèce
« d'accord tacite mais unanime, nous avons laissé
« vierges de déchirures les carnets envoyés par
« l'administration préfectorale ; trois déclara-
« tions ont été faites en deux ans ; depuis on n'en
« parle plus ; je crois que le *meilleur moyen de lut-*
« *ter est la force d'inertie* : contre elle le remède me
« paraît difficile à trouver ».

Nous ne sommes pas de votre avis, confrère. Outre qu'il est impossible de cohérer le corps médical en une union telle que chacun de ses membres supporte, impassible, au profit de tous, les rigueurs de la loi, il est à craindre que cet accord tacite et unanime ne rencontre, à l'exécution, un désaccord également tacite et unanime. Nous sommes, en nos assemblées, pleins de bravoure et de bonne volonté, et des êtres faibles lorsque nous sommes livrés à nous-mêmes : Qu'un seul d'entre nous soit frappé, cela fera le sujet de nombreuses parlottes indignées ; au demeurant, beaucoup s'exécuteront, sans bruit.

Ce n'est pas un constat de lâcheté que nous faisons là ; c'est celui de la nécessité d'augmenter la puissance de nos associations jusqu'au point, à prévoir enfin, où nous pourrons compter sur elles.

Et puis, si la force d'inertie est un bon moyen de lutte à Ribérac, Bergerac et autres tranquilles sous-préfectures, rien ne nous prouve qu'il en soit ou qu'il en sera de même dans les centres où les praticiens ont à leurs trousses des Instituts « fomentateurs » de paniques, et des facultés créatrices de pseudo-fonctionnaires.

Tout prouve, au contraire, que là où les luttes sont ardentes, les intérêts opposés, les animosités agissantes, l'« inspecteur départemental », simple agent administratif responsable, fera appliquer la loi, et à plus forte raison, s'il vient à faire partie de la Faculté, de l'Institut Pasteur, ou des deux à la fois.

Nous n'en voulons comme preuve que la mentalité vraiment extraordinaire de certains membres de notre corps enseignant :

Au syndicat de Lille, l'un d'eux, agrégé en exercice, est venu soutenir le « certificat supérieur » en déclarant que, loin de nuire aux praticiens, il leur serait largement utile ; un autre, titulaire, y défendit le diplôme d'hygiène, en affirmant qu'il avait été créé ici pour nous garder de l'invasion des diplômés des autres facultés !

Singulier raisonnement, assez semblable à celui de nos Brillat-Savarin lorsqu'ils disent : « Le lièvre *aime* être mangé en civet ; la perdrix *préfère* être mangée rôtie ».

Nous préférons, nous, ne pas être mangés du tout et nous *déclarerons* afin d'éviter que les fonctionnaires ne nous dominent, que la justice

ne nous condamne, que l'action civile ne nous vide les poches.

Que, d'une façon ou d'une autre, nous soyons attraits devant les tribunaux pour négligence de déclaration, répondrons-nous : secret professionnel ? Le juge nous dira : « Le secret médical n'est pas violé *en l'espèce* ; la déclaration faite à un tiers désigné à l'effet de prendre les mesures de protection de la santé publique, ne viole pas le secret médical et je vous applique tel article de la loi, qui vous condamne à 50, 100 ou 200 francs d'amende ».

Répondrons-nous : impossibilité de diagnostic ou erreur de bonne foi ? Cela pourra prendre une fois, mais cela aura une fin. Nous avons, qu'on ne l'oublie pas, une épée de Damoclès suspendue sur nos têtes, c'est la « faute lourde ». Le juge, en général mal disposé envers nous, ne finirait-il pas pas par trouver qu'il y a « faute lourde », ou incapacité flagrante, à ne pas savoir poser un diagnostic simple, à retomber dans une erreur qui risque de compromettre la santé d'un grand nombre de gens ? Et sur quoi le juge s'appuiera-t-il pour raisonner ainsi ? Sur une expertise assurément, qui ne sera pas confiée à de simples praticiens et dont, avec l'amende en plus, nous supporterons les frais si elle ne nous est pas favorable !

Quant à notre responsabilité civile, on la voit poindre de plus en plus. Nous le sentons si bien que nous payons, depuis peu, des primes d'assurances contre les risques professionnels, ce qui ne s'était jamais vu.

Et nous admettrions qu'elle ne nous tombera jamais sur la tête si nous continuons à nous dérober aux déclarations légales ? Erreur, grave erreur dont le Dr Seytre, de Cannes, cite un exemple frappant dans le no du « Concours » du 26 août 1905.

Il s'agit d'un médecin qui, n'ayant pas fait la déclaration d'un cas de scarlatine, fut appelé devant les tribunaux par le père d'un enfant mort, quelques jours après, de la même maladie, dans une maison voisine.

Le demandeur fut débouté, parce que le médecin soutint « mordicus » n'avoir vu chez son petit malade qu'un cas d'urticaire.

Cet exemple est à la fois fort triste et fort heureux ; mais, si ce petit malade a eu vraiment la scarlatine, nous pensons que le confrère a eu affaire à des juges bien indulgents ; les maladies transmissibles étant généralement un secret de polichinelle, la moindre enquête ordonnée par eux l'aurait mis en très mauvaise posture.

Certes, le doute profite à l'accusé et « cent probabilités ne valent pas une preuve », mais, dans un temps donné, pour un cas similaire, qu'adviendra-t-il ?

Le médecin-défendeur dira : « M. X.. m'accuse d'avoir causé la mort de son enfant en ne faisant pas la déclaration exigée par la loi pour une affection contagieuse que j'ai traitée dans le voisinage. Vous m'avez de ce chef appliqué l'amende ; je n'ai plus rien à voir en cette affaire, car M. X. ne saurait prouver que c'est le malade traité par moi qui a contagionné son enfant ».

Le juge n'hésitera pas un instant à répondre : « La loi vous donnant le droit et le devoir de faire la déclaration dont vous vous êtes abstenu, la désinfection, à laquelle je ne connais rien, n'a pas été faite, ou, faite par vos soins, a été insuffisante ; or, dans cet immeuble, dans cette rue, dans ce quartier, un enfant est mort du mal que vous avez reconnu ailleurs et tenu caché ; la famille vous en accuse et demande réparation du préjudice. Comme nous sommes au temps « de la connaissance des causes » (!), et que le génie épidémique n'existe plus qu'en l'esprit des imbéciles, il y a lieu de penser que ledit enfant est mort des microbes, inconnus ou non, que vous avez négligé d'exterminer ou de faire exterminer. La preuve est contre vous suffisante et vous êtes coupable : je vous applique, en conséquence, les articles Y et Z du Code civil, qui vous condamnent à payer au sieur X... la somme de... à titre de dommages-intérêts ».

« Sauf les « attendu » et les « subsidiairement » « qui rendent si lumineusement claire la langue « chicanous », c'est à peu près ça », nous a dit un avocat sérieux qui connaît son tribunal comme pas un.

A ce jeu-là, nous perdrions assurément notre maigre pécule, chose mauvaise, mais aussi notre considération, chose pire.

Acquittés ou condamnés, en correctionnelle ou au civil, ce serait la fin de notre liberté professionnelle, par la raison que nous aurions toujours à trembler devant une enquête ou une expertise possible, confiée à des gens trop loin de nous ou trop supérieurs à nous pour *oser* se tromper.

Confrères, gare à la loi mise en vigueur et à la sanction pénale ; gare aux enquêtes et à la responsabilité civile. Et si vous n'admettez pas que professionnellement, la déclaration puisse être hautement utile, n'oubliez pas au moins que « l'abstention » peut être, professionnellement, un véritable casse-cou !

A vous, maintenant, de choisir.

C : « *La déclaration obligatoire rentre dans la catégorie des actes professionnels dont la rémunération est de droit, en vertu de l'axiome social : le salaire doit être adequat au travail.* »

Nous serons bref sur ce troisième point, mais pour bien faire voir à nos lecteurs combien, en France, est justifiée cette rémunération, nous choisirons deux exemples, celui de la Hollande et celui de l'Angleterre.

En Hollande, la déclaration est faite par le chef de famille (ou celui qui en tient lieu) à l'Hôtel-de-Ville, et par le médecin traitant à l'inspecteur du service sanitaire; des pénalités diverses et plutôt bénignes sont prévues pour l'un et pour l'autre s'il y a eu négligence, dûment constatée, de la déclaration, et le médecin ne reçoit aucune indemnité pour le certificat qu'il doit faire parvenir à l'inspecteur. Mais les Hollandais sont gens pratiques ; ils comptent, pour se mettre à l'abri des contages, sur leur propreté légendaire ; chez eux tout se passe le mieux du monde ; la désinfection n'est pas obligatoire, aucune ordonnance ne force un malade à quitter son domicile pour l'hôpital ou le pavillon d'isolement : sitôt l'Hôtel-de-ville averti, un agent de police vient mettre une pancarte sur la maison suspecte. Grâce à cette pancarte, tout danger leur semble écarté et chacun dort sur ses deux oreilles.

Retenons néanmoins, que la responsabilité est partagée en Hollande, puisque médecins et clients sont également assujettis à la déclaration.

En Angleterre, la loi est infiniment plus dure : « l'Infectious Disease Notification Act » attribue la déclaration au chef de la famille du malade, à ses proches, à son entourage, aux locataires de

l'immeuble qu'il habite, etc., etc. ; de son côté, le médecin traitant envoie un certificat au « Médical officer of Health », titre qui répond à celui de directeur du Bureau d'hygiène ; faute de déclaration, le médecin et l'intéressé sont passibles d'une amende de 40 schellings (50 francs) ; mais le médecin reçoit *pour chaque certificat délivré dans sa clientèle* une rémunération de 2 schellings 6 pence (3 fr. 10) et de 1 *schelling par certificat délivré dans un service public dont il est chargé* : voilà qui serait bien vu, ma foi, de nos médecins d'assistance !

En revanche, les pénalités pour inobservation des précautions prescrites sont assez rudes envers les hôteliers, locataires, propriétaires, cochers, et même envers les malades qui se déplacent : les amendes vont de 5 à 20 livres (125 à 500 francs) et les emprisonnements, avec ou sans « Hard-Labour », peuvent être d'un à deux mois ! Il est même possible de mettre de force à l'hôpital, par ordre de justice, sur un certificat signé d'un médecin *assermenté* — (Legally qualified médical practitionner (?)) — un malade atteint d'une affection contagieuse grave, habitant un immeuble insuffisant ou trop peuplé.

La loi de protection de la santé publique n'est donc pas, en Angleterre, un vain mot ; la responsabilité de déclaration,y est, comme en Hollande, partagée par le médecin et par le client ; mais les pénalités touchent très peu les praticiens dont les certificats sont, en outre, bien payés.

Les conséquences de la déclaration ainsi comprise sont faciles à saisir : client et médecin se couvrent l'un l'autre ; si le client manque à l'obligation légale, la déclaration du médecin suffit à entraîner les mesures d'urgence et réciproquement ; dans ces conditions la responsabilité civile du praticien devient pour ainsi dire nulle et si, par aventure, client et médecin ont été négligents, l'action civile lancée par un tiers ne peut atteindre que le réel intéressé ,c'est-à-dire le chef de la famille du malade ou celui qui en tient lieu.

Il eût été certainement plus juste qu'en France la déclaration fût ainsi faite en partie double ; mais allez donc essayer d'infiltrer cette idée si simple dans la cervelle de nos législateurs : ils vous enverraient au diable.

A part quelques exceptions (hôteliers, chefs d'établissements, etc., etc.), l'électeur a été mis complètement en dehors de la déclaration dont nous portons seuls tout le poids, toute la responsabilité civile, toute la sanction pénale, toutes les besognes et tous les ennuis.

Notre action professionnelle s'en accroît évidemment ; mais se peut-il longtemps que dans une société qui se targue de rendre le salaire adéquat au travail, on nous laisse une pareille charge sans la rémunérer ?

La déclaration est un « devoir nouveau » que nous acceptons de remplir comme le remplissent nos confrères d'Outre-Manche et d'ailleurs, mais elle entraîne un « droit nouveau » acquis au moment même où ce devoir a été accepté ; il ne peut y avoir de devoir sans droit, ni de droit sans devoir ; ce sont des frères jumeaux à la fois normaux et « monomphaliens » (!)— Ce qu'il y a d'étrange, c'est que ces « monomphaliens » ne deviennent des monstres qu'une fois séparés : notre confrère Doyen lui-même ne les opérerait pas.

Or, la loi de 1902 nous dit bien : « Déclarez », mais elle n'ajoute pas « et vous recevrez ». Il est vrai qu'elle n'ajoute pas non plus « et vous ne recevrez pas » ; cela, elle ne pouvait pas le dire sans un flagrant déni de justice jeté à la face de la Société.

Nous avons donc le droit d'interpréter à notre avantage le silence de la loi ; les circonstances s'y prêtent ; nous ne sommes plus très loin d'être, politiquement, un facteur redoutable et si nous montrons les dents à nos mandataires, ils préfèreront « payer » nos déclarations que faire de nous leurs irréconciliables ennemis.

Nous objectera-t-on que cette rémunération sera ridiculement faible ? Qu'elle exigera une « paperasserie » peu en rapport avec les résultats, etc., etc. ? Qu'importe ? Faisons d'abord appliquer à la déclaration l'adage très juste que « toute peine mérite salaire » ; cette petite brèche, nos syndicats fédérés auront vite fait de l'agrandir, et l'adage deviendra ainsi le principe de droit commun : « le salaire doit être adéquat au travail », grâce auquel nous conquerrons enfin l'équitable rémunération de nos peines et la récompense méritée d'un devoir noblement accompli.

Pourvu que nos confrères de la Chambre et du Sénat veuillent nous y aider — et ils nous y aideront quand la Démocratie médicale sera redevenue puissante — la victoire est certaine ; les ressources budgétaires nécessaires à la rémunération se trouveront comme par enchantement,les philanthropes de carrière nous l'ont assez fait voir.

Alors, vous serez bien étonnés, vous les timorés, de l'extension que prendront les déclarations, tant horrifiques à vos liliales consciences, parce que, ainsi que l'a dit, opportunément, notre distingué confrère, le Dr Langlois : « Si la loi de 1902 avait prévu une indemnité attribuable au médecin pour les *déclarations*, nul doute que ses prescriptions eussent été mieux suivies ! »

Nous ne tirerons pas d'autre conclusion de cette longue élucubration dont, « bien honnestement », comme au début, nous vous prions de nous excuser.

Dr L. Declercq,

Rédacteur au *Petit Praticien du Nord*, Ancien directeur du Bureau d'Hygiène de Lille.

Lille, le 8 avril 1907,

N. D. L. R. Nous soumettons aux méditations de nos lecteurs l'entrefilet suivant, découpé dans la *Dépêche* de Lille (Compte rendu de la séance du Conseil général du Nord, le 12 avril 1907)

Le service de désinfection.

M. Deloffre lit le rapport de la commission spéciale nommée au mois d'août dernier et chargée de faire une étude sur le service de désinfection organisé conformément aux prescriptions de la nouvelle loi sur le service sanitaire.

Il prie M. le préfet de demander au ministre de trouver un moyen de forcer les médecins à faire les déclarations des maladies contagieuses et propose de renvoyer l'affaire, pour étude complète, à la commission sanitaire.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après quelques observations de MM. Vandame et Vincent sur les postes sanitaires.

Cette note démontre la clairvoyance de notre

confrère Declercq. Le temps sera bientôt passé où le praticien pouvait arguer de l'absence de sanction pour motiver son abstention dans la déclaration prescrite. Les temps sont proches où, les services sanitaires étant organisés, chaque déclaration aura pour sanction immédiate une désinfection. Il appartient dès lors à nos syndicats et à toutes nos associations de défense professionnelle, d'étudier les moyens non seulement de faire admettre par les pouvoirs publics le principe de la rémunération, mais aussi de la faire passer dans la réalité. Et ce serait logique, car en déclarant l'existence d'une maladie contagieuse, nous engageons notre signature et notre responsabilité, ce qui appelle un dédommagement pécuniaire. C'est donc aux représentants autorisés de nos syndicats, qui ont reçu et accepté le mandat de défendre les intérêts de tous, d'agir et d'obtenir l'honoraire qui consacrera l'obligation de la déclaration légale.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de pathologie interne, par MM. Balthazard, Cestan, Claude, Macaigne, Nicolas et Berger.

Ouvrage tout particulièrement recommandable et que nous croyons devoir signaler à l'attention de nos lecteurs.

En quatre volumes, véritables livres de chevet, les auteurs nous exposent la pathologie interne, en vue de la pratique journalière. Le plan en est conçu de façon à rendre le maximum de services. Pas de « hors-d'œuvre » inutiles, pas d'à-côté, tout ce qui est nécessaire est dit, pas de développements d'érudition inabordables à réserver pour les gros traités. Peu de théories par conséquent, mais puisque la caractéristique de la médecine contemporaine est la connaissance des causes de morbidité, les passages qui concernent l'étiologie et la pathogénie sont tout spécialement et très judicieusement étudiés et précis. Le diagnostic ainsi éclairé permet d'établir une thérapeutique rationnelle, efficace parce que pathogénique.

« *Savoir ce que l'on doit faire et pourquoi on doit le* « *faire. C'est le minimum de la connaissance. Esti-* « *mons-nous heureux si nous atteignons ce but.* » (Bouchard).

En somme, fidèle reflet de la médecine contemporaine cette œuvre d'un caractère tout moderne, facilitera l'initiation des débutants, et mettant au point bien des questions qui ne datent que d'hier, rendra beaucoup de services à nombre de praticiens empêchés par les nécessités de la lutte journalière, de suivre l'évolution et les progrès de la science. L'apparition de ce livre est donc d'un très gros intérêt.

REPORTAGE MÉDICAL

Clinique Chirurgicale. — M. Le Dentu a repris ses leçons le vendredi 19 avril 1907, à 9 h. 1/2 (Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel), et les continuera tous les mardis et vendredis, à la même heure. — Opérations après les leçons.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Fernand Bezançon, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours de pathologie et de thérapeutique générales le mardi 16 avril 1907, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continue les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Objet du cours : Pathogénie et thérapeutique générales des maladies infectieuses.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie, aura lieu du 29 avril au 4 juillet 1907, sous la direction du Prof. Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gaston, Emery, E. Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié et Rostaine. Le cours sera complet en 99 leçons, il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux et trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Le cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades de moulages du musée de l'hôpital et de préparations microbiennes ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarification, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves, tous les jeudis à 9 h. 1/2. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Des certificats d'assuidité et d'instruction pourront être distribués aux auditeurs à la fin du cours. Droit à verser : 150 francs. S'adresser au secrétariat de la Faculté.

— M. Huchard, commencera ses leçons le lundi 29 avril, à 10 h. précises, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés commencera son cours le jeudi 25 avril, à 5 h. (salle des conférences de l'école de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts), et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Sujet du cours : Des maladies nerveuses des enfants et des adolescents. Application de l'hypnotisme à la pédagogie. Le cours sera complet en 8 leçons.

— M. R. Grégoire, prosecteur, a ouvert un cours d'opérations gynécologiques, le vendredi 19 avril 1907, à 1 h. 1/2. Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le droit à verser est de 50 francs.

— M. P. Hallopeau, prosecteur, ouvrira un cours d'opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme, le mercredi 1er mai, à 1 h. 1/2. Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le droit à verser est de 50 fr. S'adresser au Secrétariat de la Faculté.

— Sous la direction de M. le docteur Mosny, médecin de l'hôpital St-Antoine, M. Harvier, interne des hôpitaux, commencera très prochainement un cours pratique d'auscultation, qui sera complet en quinze leçons. Les élèves seront individuellement exercés à la pratique de l'auscultation. Le prix du cours est fixé à 40 francs. Prière de s'inscrire à l'avance auprès de M. Harvier, interne.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vingt-neuvième année N° 17 Dimanche 28 AVRIL 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

3e ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU PATRONAGE MÉDICAL

15 avril 1907

La séance est ouverte à 3 heures, sous la présidence de M. le Dr A. Gassot.

L'Assemblée désigne comme assesseurs MM. Fau (de Vichy), et Parès (de Paris) ; M. P. Gonin remplit les fonctions de secrétaire de la séance.

Le président constate que les convocations ont été faites statutairement dans les nos 12, 13 et 14 du *Concours médical* des 24 et 31 mars et 7 avril 1907 et que la liste de présence accuse 2566 parts représentées.

Les autres formalités ayant été dûment remplies, le président déclare l'Assemblée valablement constituée et donne la parole à l'un des directeurs-gérants, M. le Dr Maurat, pour donner lecture du Rapport du Conseil d'administration.

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Messieurs et chers Confrères,

Depuis notre dernière assemblée générale annuelle de 1906, nous avons enfin pu, comme vous le savez, modifier nos statuts de façon à les mettre en harmonie avec les nouvelles lois.

Cette œuvre de l'assemblée générale extraordinaire du mois de novembre dernier a été portée à votre connaissance dans le n° 49 du *Concours médical*.

En en prenant connaissance, il vous a été facile de constater que les modifications apportées aux statuts primitifs ont été plutôt de forme que de fond, et que le but de la Société est toujours le même, ainsi que les voies et moyens pour y parvenir. Les sociétaires ayant atteint 50 ans et ayant participé à la Société pendant dix années au moins, n'auront plus de retraite puisque cette distribution aurait fait de nous une Société tontinière, mais, ils auront une rétribution annuelle pour les services qu'ils auront rendus à la Société. Cette rétribution sera fixée chaque année, conformément à l'article 14 des nouveaux statuts.

La seule chose qui ait un peu changé, mais de figure seulement, puisque les chiffres sont toujours les chiffres, c'est la comptabilité qu'il a fallu établir pour une seule caisse, alors qu'elle l'avait été primitivement pour deux, et comme conséquence, vous pourrez voir que la valeur de la part sociale, qui était primitivement de 25 fr. passe à 50 fr. puisque les 25 francs supplémentaires ne sont pas versés à la caisse de retraites supprimée.

Persévérant dans sa manière de voir que vous lui avez, en quelque sorte dictée, votre Conseil, renonçant absolument à l'exploitation directe de toutes ses œuvres, a passé par un traité régulier, à l'Arsenal de l'Hygiène, le compte d'installation des Corbières qui s'élève à 48.000 francs.

Sur les 12.000 parts sociales mises à la disposition de nos confrères, 2308 ont été souscrites au 31 décembre 1906, dont 140 pendant le dernier trimestre et n'ayant pas droit au dividende de cette année.

Il en reste donc encore 9692 à placer, c'est-à-dire la possibilité de pouvoir pendant longtemps encore accueillir sans difficulté toute demande d'entrée au Patronage.

Nous ne saurions donc trop vous engager à faire une propagande active autour de vous, près de vos confrères, car plus nous serons nombreux et plus nous serons forts. Il importe que le plus grand nombre possible des confrères prescrivent nos produits patronnés et l'idéal serait que tout médecin exerçant en France fût possesseur d'une part.

Bilan de l'exercice 1906.

Actif :

Caisse	513 01
Société Générale	2.036 46
Société française de reports et dépôts	11.719 95
Avances à l'État	281 43
Transferts	225 »»
Frais de constitution	7.320 69
Débiteurs divers	75.896 30
Portefeuille	309.900 00
	407.892 84

Passif :

Capital (2.308 parts à 50 fr.)	115.400 »»	
Réserve spéciale	6.027 05	
Apports, dotations et contrats	252.000 »»	
Réserve légale	1.586 07	
Dividendes non payés	30 75	
Profits et pertes, report de 1905	8.190 84	
Solde de l'exercice courant	24.658 13	407.892 84

Comptes de profits et pertes.

Doit :

Indemnités aux veuves	600 »»
Frais généraux	2.169 47
Amortissement des frais de constitution de Société	813 40
Solde mentionné au bilan	24.658 13
	28.241 »»

Avoir :

Bénéfices et revenus divers	27.896 30
Intérêts des banques	344 70
	28.241 »»

Répartition :

Le montant des bénéfices de l'exercice s'élève à	24.658 13	
Il y a lieu d'ajouter le report de 1905	8.190 84	32.848 97

Nous proposons la répartition suivante :

5 % à la réserve légale sur 24.658.13	1.232 90
5 % à la direction sur 24.658.13	1.232 90
Versement à une réserve supplémentaire pour amortissement	4.000 »»
Dividende à raison de 3 f. 50 par part	13.226 50
Impôt sur le dividende	551 11
A verser à la réserve spéciale	12.605 56
	32.848 97

Compte de la réserve spéciale.

La situation de la Réserve spéciale au 31 décembre 1906, est la suivante :

Portefeuille : 1.039 parts du Patronage à 50 fr., l'une		51.950 »»
Espèces	6.026 50	
Auxquels il convient d'ajouter, 1° le dividende du Patronage pour l'exercice 1906	3.636 50	
2° Le reliquat du Patronage après toutes répartitions	12.605 56	22.268 56
Total		74.218 56

Si avant de passer au vote de l'approbation des comptes de l'exercice 1906 et à la répartition des bénéfices, nous jetons un rapide coup d'œil comparatif sur les deux comptes de profits et pertes 1905 et 1906, nous remarquons : 1° que le solde bénéficiaire du dernier exercice est de 24.658.13 contre 13.712.33 l'année précédente, c'est-à-dire qu'il est presque doublé ; 2° que les frais généraux, qui s'élevaient en 1905 à 4.538.52 ne s'élèvent plus, en 1906, qu'à 2.169.49, mais je dois reconnaître que cette diminution n'est pas un progrès à proprement parler, car elle roule exclusivement sur les frais de propagande qui ont été beaucoup moins élevés cette année que l'année précédente.

Avant de terminer mon rapport, permettez-moi de vous faire remarquer que tous les produits du Patronage sont en progrès réguliers.

La Reine de Vals, continuant ses succès bien mérités, voit, cette année, sa vente s'augmenter de 150.000 bouteilles.

Le Fumigator entre cette année dans la période d'activité fructueuse et va voir se développer considérablement ses succès, grâce à la mise en pratique des lois d'hygiène et de désinfection. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer qu'il a pu, cette année, en dehors des dividendes qu'il distribue à ses actionnaires amortir 28.000 fr. sur les frais d'études et d'installation de la Société.

La vente de l'Eau de Condal s'augmente cette année de 21.000 bouteilles. et celle de l'Eau de Bourbonne, Source Maynard, de 4.000 bouteilles. Leur vente est donc également en progression. Mais, ce n'est pas suffisant et nos adhérents ont trop souvent négligé l'indication thérapeutique de ces eaux véritablement parfaites savoir : Condal, sans dégoût, sans amertume, d'une efficacité constante à petite dose, intermédiaire entre les eaux véritablement irritantes et dangereuses, mi-

néralisées à 100, 120 et même 130 gr. et supérieure comme action aux eaux hongroises, amères et désagréables. Maynard, dont tous les médecins qui l'ont sérieusement employée reconnaissent l'efficacité supérieure même à Contrexéville.

Les Eaux-Bonnes, de leur côté sont en augmentation de 5000 fr. sur les bénéfices de l'année précédente, mais n'ont cependant pas encore atteint le chiffre au-delà duquel notre traité fixe les bénéfices du Patronage.

Enfin, nous vous présenterons bientôt une farine alimentaire pour nourrissons, enfants et convalescents qui est excellente et sera d'une prescription facile pour ceux qui voudront véritablement nous être utiles. Ce nouveau produit sera l'objet d'une circulaire spéciale et prochaine, aussitôt que la fabrication aura assuré la possibilité d'exécution des commandes.

En terminant ce rapport, que j'ai fait intentionnellement court, pour qu'il puisse être facilement lu et médité par nos sociétaires, laissez-moi je vous prie, mes chers confrères, insister sur un point important que vous semblez trop négliger, malgré nos pressantes sollicitations.

Il est bon d'être prévoyant et de s'affilier à une Société comme la nôtre, qui écartera de vous, nous l'espérons bien, la gêne survenant hélas ! trop souvent dans la vieillesse ; mais cela, soyez en bien assurés, ne servira à rien si vous avez compté sur le travail de vos voisins et si vous négligez vous-mêmes les engagements moraux que vous avez contractés en entrant au Patronage.

La rémunération annuelle que vous obtiendrez à partir de 50 ans, ne sera malgré tout le bon vouloir de vos administrateurs, que ce que vous l'aurez faite, vous-mêmes, par vos efforts constants et honnêtes. J'aurais un peu de honte si j'étais obligé de vous dire aujourd'hui le nombre de ceux d'entre vous qui n'ont pas même pu obtenir que les pharmaciens de leur région soient approvisionnés de nos Eaux, mais le Conseil tient à leur faire savoir qu'il n'ignore rien de leurs négligences. Je laisse à ceux-là, *encore pour cette année*, le soin de répondre, *in petto* à cette question que je leur pose en votre nom. Confrères, avez-vous été consciencieux vis-à-vis du Patronage dont vous attendez tant de bien ?

*
* *

Le Président donne ensuite la parole à M. le docteur Jeanne, commissaire de surveillance :

Rapport du Commissaire de surveillance sur l'exercice 1906.

Chers Confrères,

En exécution du mandat que vous avez bien voulu me confier pour la troisième fois, j'ai pris connaissance des comptes du Patronage médical, arrêtés au 31 décembre dernier.

Comme les années précédentes ma tâche a été singulièrement facilitée, ayant été tenu au courant au jour le jour des opérations de notre Société.

J'ai notamment examiné les livres de comptabilité, rapproché le grand livre de la balance et du bilan qui vous est présenté et n'ai pu que constater la concordance absolue de ces documents.

Le compte « Profits et Pertes » a eu toute mon attention et les explications données par le rapport du Conseil d'Administration sont parfaitement exactes.

Par suite des modifications, qui ont été apportées aux statuts, par l'Assemblée générale extraordinaire du 19 novembre dernier, le compte de la Réserve spéciale a été complètement transformé ; les changements qui ont été faits dans les écritures sont bien conformes aux décisions que vous avez votées.

Il est inutile de faire le rapprochement des divers chiffres du bilan comparativement à ceux du dernier exercice, le rapport du Conseil d'Administration étant plein de clarté sur ce point. En un mot, je ne puis que remercier le Conseil d'Administration de l'obligeance avec laquelle toutes les explications et facilités de contrôle m'ont été données en constatant une fois de plus la parfaite régularité des écritures.

En conséquence, mes chers Confrères, je vous prie de vouloir bien approuver les comptes de l'exercice 1906, tels qu'ils vous sont présentés, par votre Conseil d'Administration et la répartition proposée.

Le Commissaire des Comptes,
Dr Jeanne.

Paris, le 25 mars 1907.

. . . .

Après échange de vues, entre les sociétaires présents et les directeurs du Patronage relativement à la propagande et aux moyens à adopter pour rappeler aux adhérents tous les bénéfices qu'ils peuvent retirer de la Société par leur activité, le Président met aux voix les résolutions suivantes :

Résolutions.

I.

Approbation des comptes tels qu'ils sont présentés par le Conseil d'Administration. (*Adopté à l'unanimité.*)

II.

Un dividende de 3 fr. 50 NET D'IMPOT sera attribué à chaque part pour l'exercice 1906 et adressé par **mandat-carte** à chaque sociétaire à partir du 27 avril prochain. (*Adopté à l'unanimité.*)

III

Une somme de 4000 fr. sera versée à une réserve supplémentaire pour amortissements. (*Adopté à l'unanimité.*)

IV

M. le Dr Jeanne est réélu, commissaire de surveillance pour l'année 1907. M le Dr Diverneresse est désigné comme suppléant. (*Adopté à l'unanimité.*)

Assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France

L'Association Générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France, dont le siège est à Paris, 5, rue de Surène, a tenu le dimanche 14 avril sa quarante-huitième Assemblée Générale dans la Salle de l'Ancienne Académie de Médecine 49, Rue des Saints-Pères.

Les Sociétés locales s'étaient fait représenter, soit par leur Président, soit par un ou plusieurs délégués.

Au début de la séance, après l'adoption du procès-verbal de la dernière Assemblée Générale, M. Ch. Périer lit son Rapport au nom de la Commission chargée de faire le recensement des votes émis le 16 décembre 1906 pour la nomination du Président de l'Association et rappelle que jamais une élection n'a eu un nombre aussi considérable de votants (4.35). M. L. Lereboullet a obtenu 4.258 suffrages, soit un peu plus de 95 %: dans 69 sociétés, il a eu l'unanimité absolue. En conséquence, M. Lereboullet est proclamé Président de l'Association Générale des Médecins de France pour une période de cinq ans.

M. le Président Lereboullet remercie l'Assemblée de la marque de confiance qui lui a été accordée, et prononce l'allocution suivante :

Allocution du Président.

Mes chers Collègues,

En prenant place à ce fauteuil, où m'ont appelé vos bienveillants suffrages, ma pensée se reporte vers celui auquel je succède sans que je puisse jamais prétendre à le remplacer.

Deux fois déjà, j'ai signalé les titres acquis à la reconnaissance du corps médical tout entier par notre si regretté président. Au lendemain de sa mort, j'ai essayé de faire ressortir les services rendus par le savant, le professeur, l'homme public dévoué à toutes les œuvres utiles. Je vous ai rappelé, dans notre *Bulletin*, comment et pourquoi, arrivé au faîte de la renommée universitaire et médicale, M. Brouardel avait bien voulu se mettre à notre tête pour mieux défendre les justes revendications du corps médical et ses intérêts trop souvent méconnus.

Aujourd'hui, je dois laisser à notre secrétaire général le pieux devoir de vous dire ce que furent l'inlassable dévouement de M. Brouardel et sa vie prosionnelle.

Je ne puis que saluer une dernière fois le président ferme et conciliant dont l'esprit lumineux savait en quelques mots éclaircir les questions les plus litigieuses et mettre au service d'une autorité incontestée la bonhomie souriante et la gracieuse aménité qui lui conquéraient tous les mœurs.

Mais vous me permettrez d'unir dans un même sentiment de gratitude le nom de notre inoubliable président, et les noms de ceux qui ont tenu à honorer sa mémoire. D'accord avec son beau-frère, M. Ernest Brouardel, Madame Brouardel a voulu, en effet, qu'un don généreux vînt perpétuer la cotisation de notre ancien président et accroître les ressources de nos caisses de bienfaisance.

En remerciant Madame Brouardel et M. Ernest Brouardel, le Conseil Général s'est déjà fait votre interprète. Vous me permettrez de leur redire que l'assemblée tout entière a été profondément touchée de la noble libéralité avec laquelle ils ont traduit les sentiments que sait léguer à ceux qui lui sont chers le président de l'Association des Médecins de France.

C'est en vain, mes chers confrères, que j'ai cherché les mots qui me permettraient de vous exprimer ma reconnaissance personnelle. L'honneur que vous m'avez fait dépasse toutes les ambitions que peut concevoir un médecin. Quelle ne doit pas être sa gratitude lorsqu'il n'a d'autres titres à votre confiance que son dévouement absolu aux œuvres qui vous sont chères.

Alors que mes éminents prédécesseurs ont tous considéré la présidence de l'Association Générale comme le plus beau couronnement d'une carrière brillante et honorée, j'y vois, de plus, en ce qui me concerne, les affectueux témoignages de votre sympathie. Vous avez voulu reconnaître les efforts que j'ai tentés pour établir et cimenter l'union, aujourd'hui indissoluble, de l'Association Générale avec les œuvres de prévoyance et de défense professionnelles dont vous connaissez la bienfaisante activité.

Le 9 avril 1893, le jour où pour la première fois je prenais la parole comme secrétaire général de l'Association, je vous disais déjà : « Nous ne saurions considérer que comme nos alliés tous les syndicats et toutes les sociétés médicales qui se recrutent parmi les médecins dévoués aux intérêts que nous avons à cœur de défendre. » Et depuis cette époque je n'ai cessé, chaque année, de vous prier d'établir entre les sociétés locales et les syndicats ces liens de bonne confraternité et de bienveillance réciproques « qui doivent toujours unir les médecins poursuivant le même but et qui ne peuvent manquer de donner plus de cohésion aux éléments provinciaux de l'Association Générale ».

Cette union s'est établie. Elle nous donne la force nécessaire, non seulement pour accroître dans une large mesure la sphère de notre activité bienfaisante, mais encore et surtout pour lutter avec plus d'énergie et plus de chances de succès aujourd'hui que la profession médicale est plus menacée que jamais dans ses intérêts matériels et dans son influence moralisatrice.

Le rapport de M. Lepage va vous exposer, avec la précision et le talent que vous connaissez déjà presque tous, ce que nous avons pu tenter cette année pour résoudre les diverses questions qui ont été soumises au Conseil Général et qui ont nécessité de nombreuses et laborieuses séances. Je n'ai donc pas à insister à cet égard. Je voudrais seulement préciser l'évolution qui s'affirme de plus en plus chaque jour au sein de l'Association Générale et qui, si vous le voulez, pourra devenir de plus en plus féconde.

Issue du Congrès médical de France qui, en 1845, avait discuté avec tant d'éclat et — j'ai le regret de le constater — avec tant d'insuccès la réorganisation de l'enseignement de la médecine et de l'exercice professionnel, l'Association Générale a dû renoncer à remplir tout le programme qui lui avait été primitivement tracé. Sans doute à chacune de ses premières assemblées des rapports très consciencieux et très remarquables, souvent signés de noms illustres, toujours dignes de l'attention des pouvoirs publics, ont repris une à une les conclusions du Congrès de 1845. Mais les tentatives qui avaient pour objet de faire

aboutir les réformes jugées nécessaires furent toujours stériles et les rapports qui visaient le plus souvent l'exercice illégal, l'organisation du service médical dans les sociétés de secours mutuels, les tarifs médico-légaux, l'impôt de la patente, etc., etc., n'ont jamais pu arriver à faireprévaloir l'opinion mûrement réfléchie de la majorité des médecins français. Toujours on se heurtait à des ajournements ou bien au mauvais vouloir de l'autorité administrative. Malgré ces efforts et en raison de ces échecs, l'Association Générale était considérée peu à peu comme une société de bienfaisance dont le rôle principal semblait devoir être de donner à ses adhérents ou à leurs familles des secours ou des pensions destinés à soulager des infortunes imméritées. Et chaque année on applaudissait à l'augmentation progressive du capital social en renvoyant à des temps meilleurs des réformes jugées irréalisables.

Vint un moment où, sous l'impulsion de la société de la Gironde toujours à l'avant-garde du progrès et du docteur Cézilly, fondateur du *Concours médical*, on insista auprès du Conseil Général pour orienter l'Association vers la prévoyance, pour opposer les pensions de droit aux pensions d'assistance. La question ne fut pas sans soulever des discussions assez vives. Déjà en 1864, Davenne avait soutenu que si l'on créait des pensions de droit on commettrait une injustice, car « au lieu de secourir un confrère malheureux on ajouterait à l'aisance de celui qui est à l'abri du besoin et, ce qui serait profondément regrettable on aurait ainsi déshérité le premier au profit du second ».

Les projets présentés en 1890 et 1891 répondaient cependant aux objections du rapport de M. Davenne, et ils auraient pu être acceptés si la loi qui régissait alors les sociétés de secours mutuels et sous laquelle nous ne vivions que par une tolérance bienveillante de l'administration, n'avait pas formellement interdit les créations nouvelles qu'on nous proposait.

Il fallut donc attendre la promulgation de la loi du 1er avril 1898 pour nous annexer les caisses de retraite et d'indemnité-maladie créées en dehors de nous. Vous avez ratifié le contrat qui garantit ce rattachement. Et vous savez que, seule de toutes les œuvres médicales, l'Association se trouve en mesure d'offrir tous les modes d'assistance et de prévoyance que peut souhaiter, soit pour lui-même, soit pour les siens, un médecin soucieux de l'avenir.

Seule en effet, l'Association Générale, en conviant les jeunes médecins à se faire inscrire comme membre participants aux œuvres de prévoyance qui existent aujourd'hui et qu'elle fondera demain, peut réduire à un minimum acceptable le taux des cotisations ; seule elle s'engage à se substituer, pour le versement de ces cotisations, au médecin qu'une détresse momentanée empêchera de remplir ses obligations statutaires. La bienfaisance confraternelle, telle que nous l'entendons, donne donc au médecin prévoyant la sécurité du lendemain. Elle lui permet d'éviter les soucis qu'une réglementation nécessairement inflexible impose partout ailleurs aux membres participants momentanément gênés. Si ces conditions toutes spéciales de sécurité étaient mieux connues, ne pensez-vous pas, mes chers confrères, que tous les jeunes médecins feraient bientôt partie de nos caisses de prévoyance ?

Mais la création de ces œuvres a eu pour l'avenir de l'Association un résultat plus utile encore. Les relations plus fréquentes et plus cordiales établies entre le Conseil Général et les administrateurs de nos sociétés annexes ont amené l'étude en commun de toutes les questions de défense professionnelle dont aucun médecin ne peut aujourd'hui se désintéresser.

Et c'est ainsi qu'après avoir pris part au *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine*, l'Association Générale, comme le *Congrès des Praticiens*, s'est préoccupée de la réforme de l'enseignement médical et prend une part active aux travaux de la commission officielle qui l'étudie avec le ferme désir de la réaliser. D'accord avec l'*Union des syndicats*, elle a réclamé et elle persiste à demander la revision des conventions internationales qui régissent l'exercice de la médecine par les médecins étrangers. Les délégués à la commission mixte qui s'occupe des relations qui doivent exister entre les médecins et les mutualistes sont bien près de voir accepter loyalement le libre choix du médecin partout où il sera reconnu possible. Enfin, parlant en votre nom, le Conseil Général a déjà protesté contre les menaces de la nouvelle foi fiscale et nous vous demanderons tout à l'heure de lutter avec toute l'énergie et toute la ténacité dont vous êtes capables contre des mesures qui auraient pour résultat, si elles étaient adoptées, non seulement de ne pas tenir compte au médecin des charges onéreuses que lui impose l'exercice professionnel, mais encore de violer l'une de nos lois fondamentales : celle qui nous impose l'obligation du secret médical.

Nous comptons donc sur vous, mes chers confrères, pour faire comprendre à tous ceux de vos représentants qui semblent l'ignorer que lorsque le corps médical se lève tout entier pour défendre une cause, c'est que cette cause est juste ; que lorsqu'il proteste contre un projet de loi, c'est que cette loi, si elle était votée, consacrerait une iniquité.

Et quand je parle du corps médical tout entier, je puis bien affirmer que vous le représentez dignement. Quel est le groupement professionnel qui, mieux que l'Asociation, unie aux Syndicats médicaux, peut espérer, par la continuité de l'effort commun, arriver au succès définitif ? N'avons-nous pas pour nous non seulement le bon droit, mais encore la force que donnent tout à la fois et le nombre et l'influence et les ressources nécessaires ?

Et c'est pourquoi, mes chers confrères, j'ai toujours demandé : c'est pourquoi je demande encore que l'Association progresse incessamment en acceptant toutes les réformes compatibles avec ses statuts, en écoutant tous les conseils désintéressés, en créant dans son sein toutes les œuvres qui répondent aux aspirations du corps médical.

En nous voyant progresser ainsi chaque jour, peut-être finira-t-on par comprendre combien sont stériles les efforts tentés pour multiplier en France des sociétés qui ne peuvent que se nuire mutuellement parce qu'elles épuisent les ressources du médecin et lui font abandonner la voie où nous le convions à s'engager dès le début de sa carrière.

Je n'ignore pas qu'il est des combinaisons financières aussi ingénieuses que séduisantes auxquelles n'ont pu songer ceux qui ont fondé l'Association Générale. Je sais aussi combien nous a fait perdre l'obligation de renoncer aux subventions de l'Etat pour pouvoir tenir tous nos engagements. Par contre, nous avons vu trop souvent les avantages que peut réaliser une œuvre qui unit la bienfaisance à la prévoyance pour ne pas continuer à défendre les principes sur lesquels ont été basés les statuts de notre Association. Il semble que, dès son origine, on ait prévu ce qu'oublient parfois certains de nos confrères. Et j'en trouve la preuve dans les paroles que, lors de la première assemblée de l'Association, il y a près de cinquante ans, Amédée Latour prononçait déjà : « Supposez, disait-

il, qu'une grave question professionnelle vienne à surgir, que cette question soit de l'ordre de celles qui intéressent non seulement l'honneur et la dignité de la profession même ; que la solution de cette question ne soit pas seulement d'un intérêt professionnel, mais d'un intérêt social comme elles le sont presque toutes; qu'il faille, s'il s'agit d'une décision judiciaire à obtenir, épuiser tous les degrés de la juridiction, et faire rendre un de ces arrêts souverains qui fixent la jurisprudence s'il s'agit d'une décision administrative, presser avec persévérance et autorité sur les divers pouvoirs publics auxquels ressortit l'exercice de la profession médicale ; franchement, messieurs, sera-ce dans son isolement et dans son éloignement du centre où se décident les questions, qu'une société isolée pourra rendre un éminent service à un confrère, à la profession, à la société ? »

Si j'ai rappelé ces paroles, c'est pour faire appel une fois de plus à tous ceux qui, pour des motifs divers, se sont séparés de nous, aussi bien qu'aux médecins qui hésitent encore à se rallier sous le drapeau de l'Association.

Que deviennent les mesquines questions d'argent ou de statuts devant l'intérêt général que présente la constitution d'une grande Association, c'est-à-dire d'une grande famille médicale avec toutes les conséquences que ce mot entraîne avec lui, je veux dire la bienfaisance, la prévoyance, la protection et la défense professionnelle !

Quant à votre nouveau président, il ne pourra, mes chers collègues, vous prouver sa reconnaissance qu'en mettant à votre service tout ce qui lui reste encore d'activité et de forces, qu'en se préoccupant sans cesse de mieux défendre vos intérêts et de réveiller, par toute la France, l'élan de solidarité qui, devant les dangers de l'heure présente, devrait unir tous les médecins dans un même sentiment de concorde et de confraternité.

Situation financière de l'Association Générale pour l'exercice 1906-1907.

M. Blache, trésorier général, fait l'exposé de la situation financière de l'Association. Il résulte de cet exposé que l'avoir de l'Association s'élevait au 31 mars 1907 à la somme totale de 4.720.000 francs, y compris l'avoir des 94 sociétés locales.

M. Hallopeau lit son rapport sur la gestion financière du trésorier, et l'Assemblée approuve les comptes de l'exercice 1905-06.

Compte-rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1906.

Par R. G. Lepage, Secrétaire général provisoire.

Avant d'examiner les différentes questions qui ont dû être étudiées dans notre Association depuis la dernière Assemblée générale, je dois tout d'abord rendre hommage à notre regretté Président, le professeur P. Brouardel.

Vous vous rappelez qu'il ne put venir au milieu de nous l'année dernière : peu de temps après, le 23 juillet, il succombait au mal inexorable dont il était atteint depuis plusieurs mois.

La personnalité de Brouardel est trop considérable les œuvres variées auxquelles il a prêté son concours sont trop nombreuses, pour que j'essaie de retracer devant vous toute sa carrière : son disciple et successeur à la chaire de médecine légale, le professeur Thoinot, a rempli ce pieux devoir en publiant (1) une biographie très documentée de notre Président.

Je ne vous dirai donc pas ce qu'a été Brouardel comme professeur, comme hygiéniste, comme médecin légiste, je m'occuperai uniquement du rôle qu'il a joué dans notre Association, et que notre Président actuel, Lereboullet, a fort bien résumé en écrivant que « son nom devra être inscrit au livre d'or de nos bienfaiteurs, car ses cinq années de présidence ont été parmi les plus fécondes et les plus utiles que nous ayons vécues ».

Brouardel faisait partie de l'Association Générale depuis 1866 ; il appartenait depuis 1872 au Conseil Général dont il fut le secrétaire du 8 avril 1872 au 21 avril 1879 ; on peut dire que, depuis 1866, il s'occupa toujours des intérêts généraux de l'Association Générale.

Vous vous rappelez dans quelles circonstances il fut élu président, le 16 février 1902. « L'heure était critique, a dit M. Lereboullet. Il fallait, pour maintenir l'union et la concorde, autant de fermeté que de courtoisie, et surtout autant de franchise et de loyauté que de prudence, d'aménité et de bonne grâce. M. Brouardel sut apaiser toutes les appréhensions. »

Dès son entrée en fonctions, il comprit vite que l'Association Générale, ayant derrière elle un long passé de services rendus aux médecins, et surtout aux médecins malheureux, devait peu à peu évoluer, se moderniser, et, sans rien abandonner de son programme ancien qui est sa principale raison d'être, adapter son organisation aux besoins nouveaux qui se font sentir dans le corps médical.

Il accomplit à merveille cette tâche de médiateur, usant de sa fine diplomatie pour trouver le terrain propice sur lequel pouvait se faire et s'est faite l'entente des partisans, quelquefois un peu pressés, de la marche en avant et de ceux qui, forts des résultats du passé, craignaient de compromettre l'avenir de l'Association Générale par sa participation trop active aux œuvres nouvelles.

Brouardel était merveilleusement préparé à ce rôle, parfois délicat, de Président d'une grande association comme la nôtre. Toujours il s'était intéressé à la défense du corps médical ; pendant trente ans, il avait puissamment collaboré à toutes les lois qui touchaient plus ou moins le corps médical. Il ne s'était pas contenté de défendre d'une manière générale les intérêts des médecins; toujours il avait été prêt à venir en aide par ses conseils et son intervention aux médecins qui s'adressaient à lui.

Combien de fois mit-il « sa science d'expert au service de tous ses confrères injustement mis en cause pour des fautes qu'ils n'avaient pas commises... P. Brouardel fut, en effet, le meilleur des confrères ; sa porte fut toujours ouverte aux médecins, et tous ceux qui y sont venus frapper ont toujours trouvé auprès de lui conseil et appui ; combien même y ont trouvé davantage ! Aussi les grandes œuvres de solidarité et d'assurances médicales ont-elles tenu à le mettre à leur tête » (Thoinot).

Depuis de longues années, il était président de l'importante Association des Médecins de la Seine ; il avait été également président, pendant quelque temps, de la Société des Internes et Anciens Internes des hôpitaux de Paris.

On a pu s'étonner qu'absorbé par des occupations multiples, Brouardel n'ait pas hésité à accepter les

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* sept. 1906.)

fonctions présidentielles qui lui étaient offertes en 1902. S'il n'a pas reculé devant cette nouvelle charge, c'est qu'il était de ceux qui pensent que rien de ce qui est médical ne leur est étranger ; de plus, il savait avec son expérience de la vie, que mieux qu'un autre il était préparé pour rendre service à ses confrères : c'était là un argument qu'il suffisait de mettre en avant pour obtenir son concours. Il avait d'ailleurs des qualités maîtresses qui le désignaient tout naturellement à la présidence : une grande largeur de vues la douce philosophie d'un homme qui avait beaucoup vu et observé ; une aménité de caractère que rien ne lassait, et une finesse que beaucoup de diplomates pouvaient lui envier, sans compter l'autorité légitime qu'il avait acquise auprès des pouvoirs publics.

S'il m'était permis de mettre une ombre à ce tableau cependant fidèle, je serais tenté de rappeler le reproche qui lui fut adressé quelquefois de son vivant : de ne pas toujours prendre nettement position sur une question discutée. Il avait, je crois, raison : cette abstention voulue rendait plus efficace son rôle de président. D'ailleurs, s'il ne manifestait pas toujours d'une façon catégorique son avis, il n'en avait pas moins une opinion basée sur les éléments de la discussion, et il savait merveilleusement orienter la discussion, voire même la délibération, du côté où il lui semblait qu'étaient le bon droit et la vérité.

Brouardel s'occupa jusqu'au dernier jour des intérêts de la corporation médicale : retenu à la chambre par la maladie, il suivait encore les travaux de votre Conseil Général et nous faisait parvenir son avis autorisé sur les questions à l'étude. Ce fut pour présider l'ouverture du Congrès de l'exercice illégal de la médecine qu'il sortit pour la dernière fois ; c'est à ce Congrès, dans la salle où nous siégeons actuellement, qu'il me serra la main pour la dernière fois ; et je n'oublierai jamais le sourire empreint de résignation et de tristesse maladive avec lequel il me dit un au revoir qui voulait dire adieu. Le corps médical doit lui être d'autant plus reconnaissant d'être resté jusqu'au bout sur la brèche, que ses intentions furent parfois méconnues ; une certaine presse médicale — pour qui toute supériorité est intolérable — ne l'épargna pas toujours. Il resta indifférent à ces attaques, qui augmentèrent pour lui la sympathie de la majorité des médecins et qui en réalité ne diminuèrent en rien sa sollicitude pour le corps médical et son dévouement pour la cause commune.

Aussi le Président d'une de nos sociétés locales, le Dr Thonion, a-t-il eu raison de dire que la mort de Brouardel était « une perte irréparable pour nous, pour la science, pour le corps médical tout entier. C'était une organisation merveilleuse ; aimable, affable, d'une intelligence bien équilibrée, esprit lucide d'une parole simple, nette, précise, il savait s'appliquer aux travaux les plus variés, les plus difficiles à bien accomplir... Il fut toujours le défenseur et le protecteur du médecin praticien, le partisan actif et infatigable des œuvres de mutualité et de défense professionnelles. »

Parmi les autres éloges faits par plusieurs présidents de nos sociétés locales, permettez-moi de vous citer également les éloquentes paroles du Dr Gillot, Président de la Société de Saône-et-Loire : « Non seulement Brouardel présidait avec maîtrise les grandes réunions de notre Association Générale, la répresentait avec autorité auprès des pouvoirs publics, et en surveillait, avec un soin jaloux, les progrès et les innovations utiles, mais aucun détail ne le rebutait dès qu'il s'agissait d'un service à rendre, d'un avis à donner, de l'indépendance et de la dignité professionnelles à sauvegarder. Et, cet homme si haut placé, ce professeur si occupé, savait avec une bienveillance inlassable, trouver le temps de répondre aux demandes des plus modestes d'entre nous, de les accueillir avec une bonne grâce captivante et de mettre presque toujours avec succès, son influence à leur service. »

Je ne veux pas prolonger cet éloge, craignant de ne pas traduire d'une manière suffisante les sentiments de reconnaissance que nous lui devons tous. Notre Président nous rappelait tout à l'heure que ses héritiers, connaissant les dispositions d'esprit de Brouardel à l'égard de notre Association Générale, ont fait un legs important qui perpétuera le nom de Brouardel parmi ceux de nos généreux bienfaiteurs.

Aussi nous vous proposons d'adresser aujourd'hui à Mme Brouardel notre respectueux souvenir et l'expression de notre profonde gratitude pour l'acte de générosité, que, de concert avec le frère de M. Brouardel elle a accompli en faveur de l'Association générale.

Brouardel mort, il fallait lui trouver un successeur ; on peut dire que, si le poste de Président de l'Association Générale est l'un des plus élevés et des plus honorables de notre profession, il était peu tentant de succéder à l'éminent président que nous venions de perdre. Il est de ceux qu'on ne remplace pas facilement.

Notre secrétaire général d'alors, M. Lereboullet, se mit en devoir de chercher quel était le membre de l'Association Générale qui pouvait le plus dignement et le plus utilement remplir le vide causé par le décès de notre Président, Il fit preuve, en cette circonstance, d'une modestie bien grande et, qu'il me permette de lui dire, d'une méconnaissance profonde de soi-même. Il cherchait, en effet, de tous côtés le meilleur Président possible, fit même plusieurs démarches auprès de personnalités importantes, alors que tous ceux qui le connaissaient et l'avaient vu à l'œuvre au Conseil Général l'avaient de suite considéré comme le Président tout désigné.

Cette opinion fut pleinement ratifiée par les votes des membres de l'Association générale, puisque jamais aucun Président n'a recueilli un nombre si élevé de voix et une proportion aussi grande de suffrages.

Notre nouveau Président ne me permettrait pas de rappeler son passé, les fortes études qu'il fit à notre ancienne Faculté de Strasbourg, ses succès d'enseignement au Val-de-Grâce, le talent qu'il a déployé depuis de longues années pour la défense des intérêts du médecin et sa lutte en faveur de l'amélioration du sort de tout le corps médical.

Nous avons, en sa sagacité, en son dévouement aux intérêts de l'Association Générale une pleine confiance, et nous avons la certitude que, sous sa présidence, l'Association Générale continuera à évoluer et à prospérer.

Pendant l'année 1906, la plupart des questions qui, depuis quelques années, remuent le monde médical français, ont été examinées par votre Conseil Général tantôt il les a étudiés lui-même, tantôt il a apporté la collaboration de ses délégués aux groupements professionnels qui étaient déjà saisis de ces questions.

La lecture des différents numéros de notre *Bulletin* vous a déjà mis au courant des solutions adoptées et de celles en voie d'élaboration : permettez-moi d'appeler rapidement votre attention sur quelques-unes d'entre elles.

Vous vous rappelez le rapport si précis et si complet de notre collègue, M. Gairal, sur l'*exercice de la médecine aux frontières*. C'est surtout au voisinage de la frontière belge qu'ont lieu des abus : quelques médecins belges ne se contentent pas de soigner des

malades dans des communes françaises contiguës aux leurs, mais étendent le champ de leur action à des communes fort éloignées de leur domicile. MM. Lereboullet et Gairal ont présenté le susdit rapport à M. le Ministre des Affaires Etrangères, qui les a engagés à en saisir également le Ministre de l'Intérieur. Un échange de lettres a eu lieu entre notre Président et les Directeurs du cabinet de M. le Ministre de l'Intétérieur et de M. le Ministre des Affaires Etrangères. La question n'est pas encore résolue. Nous espérons qu'elle le sera prochainement dans un sens conforme à l'équité.

Plusieurs membres de l'Association Générale ont eu à se plaindre des *Commissions administratives des Hôpitaux* dont il sont les médecins. Un incident survenu récemment dans la Sarthe a particulièrement appelé l'attention du Conseil Général sur cette importante question.

La réponse faite habituellement par le Ministre de l'Intérieur, lorsqu'on lui signale un acte arbitraire commis à l'égard d'un médecin par une des commissions administratives d'hôpital, c'est que ces commissions ont pleine et entière liberté pour prendre telle délibération qui lui convient, à la seule condition que celle-ci soit approuvée par le Préfet.

Il y a déjà là un correctif dont l'administration préfectorale devrait user d'une manière plus fréquente.

D'autre part, il nous paraît contraire à toute équité qu'une commission administrative puisse se soustraire aux engagements qu'elle a pris vis-à-vis d'un confrère, par exemple de le nommer chirurgien ou médecin-adjoint avec promesse de le titulariser lorsqu'une place deviendra vacante et de modifier l'ordre de roulement lorsque le moment est venu d'exécuter ce contrat. Pour être administratives ces commissions n'en doivent cependant pas être moins soumises au droit commun ou tout au moins à la morale des honnêtes gens et remplir les engagements pris par elles. Les médecins montrent assez dévouement et de désintéressement dans leurs fonctions de médecins d'hôpitaux et d'hospices pour avoir le droit d'être traités —non pas avec des égards—mais avec équité.

Au mois de mai 1906 a eu lieu le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, où les questions les plus importantes ont été étudiées. Votre Conseil Général a pensé que l'Association Générale devait prendre part à ce Congrès et en faciliter le fonctionnement, puisqu'il avait pour but de faire disparaître un certain nombre d'abus préjudiciables aux intérêts des médecins. L'un des résultats du Congrès est la création d'un Office central pour la répression de l'exercice illégal ; à la demande qui lui a été adressée par son secrétaire général, M. Levassort, le Conseil a répondu par une subvention de 500 francs.

De plus, notre Président actuel a été désigné pour remplacer M. Brouardel comme Président du bureau de cet Office.

C'est en se guidant sur les mêmes considérations, c'est-à-dire pour chercher à améliorer le sort du médecin, que le Conseil Général a décidé de participer moralement et pécuniairement à l'organisation du *Congrès des Praticiens*. Vous connaissez les questions importantes, au point de vue de l'avenir de la profession en général, et de la situation du médecin en particulier, qui viennent d'y être discutées et dont pourra s'inspirer la Commission de réformes des études médicales.

Vous savez que notre Association Générale, grâce à l'efficace intervention de M. Dubuisson, Président de la Société du Finistère — que nous sommes heureux de remercier ici — a deux représentants dans cette Commission extra-parlementaire instituée par le Ministre de l'Instruction publique, pour rechercher les modifications à apporter aux études médicales (1).

Dans les séances de cette Commission, vos deux représentants — aidés par leurs collègues du Conseil Général qui s'y trouvent à d'autres titres, MM. Gairal, Gassot, Cornil, Labbé— cherchent non seulement les moyens d'élever l'éducation professionnelle du médecin, mais aussi de maintenir sa valeur morale, en tâchant de diminuer l'encombrement médical, qui est la cause principale de la crise actuelle. Comme l'a très bien dit l'un de nos confrères, le Dr Fabre, président de la Société de l'Allier, « l'encombrement croissant de la profession, voilà la cause primordiale du malaise ; c'est aussi la cause des symptômes morbides qui frappent le monde de notre confrérie ».

Malheureusement, si tout le monde est d'accord sur la nécessité urgente de faire moins de docteurs en médecine et de les faire plus instruits, plus aptes à remplir dignement leur importante mission sociale, l'accord est beaucoup plus difficile lorsqu'on cherche les moyens de restreindre dans une sage mesure le nombre des étudiants en médecine et le nombre de diplômes à accorder. Nous espérons toutefois que, grâce à la collaboration de tous, la Commission pourra proposer au Ministre des réformes qui rehausseront la valeur du titre de docteur en médecine.

Est-il besoin de rappeler l'émoi qu'a causé dans le corps médical tout entier l'arrêté créant un certificat d'études médicales supérieures ?

Malgré les avertissements qui avaient été donnés à l'auteur de ce projet, bien qu'on lui eût signalé l'hostilité que la dénomination de « Certificat d'études médicales supérieures allait, à juste droit, rencontrer dans le corps médical, l'arrêté fut pris ; il ne fallut rien moins que les protestations véhémentes des médecins pour faire changer la dénomination malheureuse.

Si le mot a été supprimé, la chose est restée ; elle a même été aggravée, puisque le certificat a été transformé d'examen en concours. Du moment, en effet, où le nombre des admissibles est limité, il est certain que cet examen deviendra un véritable concours et un concours profondément injuste, puisqu'il mettra aux prises des candidats se préparant à des agrégations diverses et n'ayant nul besoin d'avoir les mêmes connaissances générales sur les matières demandées. C'est aux dépens des études cliniques que se fera la préparation de ce concours d'admissibilité, sans compter que l'article 22, qui consacre le roulement des agrégés pour toutes les Facultés, leur rendra très difficile la possibilité d'avoir un service d'hôpital où ils puissent faire de l'enseignement clinique. Le corps médical n'aurait fait qu'œuvre incomplète en protestant seulement contre la dénomination du certificat d'études médicales supérieures : il doit, s'il s'intéresse réellement à la bonne orientation des études médicales,

(1) Je suis heureux qu'ait été ainsi réalisée la proposition que j'ai faite, en 1903, de la nomination d'une commission composée des délégués des Facultés et des Ecoles de Médecine et « d'un certain nombre de membres représentant les médecins praticiens. Pour faciliter leur désignation, ceux-ci pourraient être pris parmi les membres du Conseil Général de l'Association Générale, parmi les membres du Bureau de l'Union des Syndicats, etc., etc. On pourrait ainsi arriver assez rapidement à une refonte des programmes d'études et du système d'examens qui rendrait l'obtention du diplôme plus difficile et, par suite, éloignerait de la carrière médicale les sujets les moins travailleurs ou ceux qui n'ont que des aptitudes insuffisantes pour la profession. »

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

LA MÉDICATION CHOLAGOGUE. - LES GRAINS de VALS

La Médication cholagogue, — qui met en action la fonction biliaire,— après être demeurée longtemps dans l'oubli, jouit à nouveau d'une vogue méritée, qu'expliquent certaines conceptions pathogéniques de date récente, et l'importance de cette fonction dans les actes de la digestion intestinale. Ne sait-on pas en effet combien l'exercice normal en est indispensable, et à quel point ? à tous ces actes, qu'il s'agisse de son intervention dans le travail d'élaboration et d'assimilation par la saponification des graisses par exemple ; qu'il s'agisse des propriétés antiputrescibles de la bile elle-même ; qu'il s'agisse enfin de l'action mécanique qu'elle produit sur les parois intestinales dont elle stimule les contractions, concourant ainsi à l'œuvre primordiale d'exonération. Ces faits qu'il faut accepter comme absolument démontrés au nom de la physiologie et de la clinique, mettent en valeur le rôle prépondérant du liquide biliaire et la nécessité de le restituer dans son intégralité quantitative et qualitative quand il est altéré, et, en tout état de cause, de favoriser sa production et son action de la façon la plus complète.

Tantôt cause, tantôt effet, l'altération ou le déficit de la bile dans le milieu intestinal occupe une place considérable dans les maladies de l'appareil digestif.

Parmi ces maladies, il n'en est pas d'aussi pénible, d'aussi tenace, d'aussi dangereuse peut-être que la *constipation*. Ce n'est pas ici le lieu de s'étendre en détail sur la genèse de cette redoutable infirmité, ni d'énumérer les causes multiples dont elle procède et les complications qui l'accompagnent ou souvent lui font suite. On ne m'en voudra pas pourtant de rappeler à quel point la constipation favorise dans le milieu intestinal les fermentations putrides et l'exaltation de virulence des germes fauteurs d'infection : la question est d'une brûlante actualité. En proclamant ce truisme physio-pathologique, nous n'avons d'autre but que de mettre une fois de plus en évidence,— on ne pourrait trop insister là-dessus,— le lien serré qui unit entre elles la plupart (toutes, pour mieux dire) des maladies du tractus gastro intestinal, à l'exception des maladies organiques, et encore ! La série commence à la rétention stercorale pour aboutir aux troubles de la fonction hépatique, de la fonction pancréatique, aux modifications des parenchymes glandulaires, en passant par l'entérite, l'appendicite, les dyspepsies....... celles-ci plus immédiates, celles là plus lointaines, selon que la voie de propagation de l'irritation pathologique et de l'infection est plus ou moins directe, plus ou moins courte ; toutes inéluctables, si le remède n'intervient pas en temps opportun pour enrayer les éventualités menaçantes.

Par contre, les évènements peuvent suivre une marche inverse, et telle maladie primitive du foie se répercuter sur l'intestin dont elle perturbe le fonctionnement en l'exagérant, et plus souvent en le ralentissant, en le paralysant. C'est ainsi que les diathésiques biliaires, dont nous devons la connaissance récente au professeur Gilbert, sont des constipés. C'est ainsi que Netter a, l'année dernière, rattaché l'entérite muco-membraneuse à des altérations qualitatives de la bile, qui perdrait certain pouvoir anti-coagulant de la mucinase intestinale et favoriserait l'élaboration de la fausse membrane.

Perturbations hépatiques et biliaires d'un côté, troubles fonctionnels et processus inflammatoires de l'intestin d'autre part, sont les deux extrémités du diamètre d'un cercle vicieux qu'il est difficile de rompre. A la faveur de la constipation se développent des phénomènes d'infection qui gagnent à leur tour de proche en proche les organes annexes, la glande hépatique en premier lieu et les sécrétions physiologiques qu'elle a mission d'élaborer. Les troubles hépatico-biliaires retentissent à leur tour sur l'intestin et aggravent la constipation.

Pour triompher de tels états, il faut s'adresser à des agents médicamenteux qui exercent à la fois leur influence et sur l'intestin et sur le foie.

L'association de la médication cholagogue et de la méthode évacuante répond à ces nécessités et est réalisée dans les grains de Vals. Au nombre des agents cholagogues en effet, et en dehors du calomel, qui a ses indications particulières et est d'un maniement délicat, nous trouvons un certain nombre de substances végétales, telles que la *Podophylle*, la *Cascara Sagrada* qui sont depuis longtemps d'utilisation courante et la *Bourdaine*, dont l'action sur la sécrétion biliaire n'a été signalée que pendant ces dernières années. Les produits extraits de ces plantes par des procédés de choix, sont associés dans cette préparation dont on ne saurait trop vanter l'opportunité et l'efficacité dans une foule d'états morbides des voies digestives. Chaque Grain de Vals contient 0,015 mill. de Podophyllin et 0,025 mill. d'extrait de Cascara et de Rhammus frangula ou Bourdaine, traités d'après la méthode du Prof. Phipson.

Les propriétés laxatives, purgatives et cholagogues des Grains de Vals, trouvent leur emploi dans nombre d'affections intestinales telles que la *constipation chronique ou accidentelle*, les *embarras gastro-intestinaux* et dans certaines formes de *désordres hépatiques*, qui réclament une stimulation énergique de la fonction biliaire ; et les avantages en apparaissent plus appréciables encore, quand on considère leur dosage mathématiquement titré et leur facile et simple adaptation aux mille éventualités de la pratique journalière.

Docteur Quercy.

continuer la campagne et demander le retrait ou la modification profonde du décret du 5 mars 1907.

Nous espérons que, mieux informé, le Ministre de l'Instruction publique voudra bien rapporter ou tout au moins modifier ce nouveau décret.

Cet incident montre l'intérêt puissant qu'il y aurait à ce que les principales sociétés professionnelles se constituent en un comité régulier reconnu par les différents Ministères, et qui serait consulté chaque fois qu'un projet de loi ou un décret, intéressant plus ou moins directement le corps médical serait en préparation.

On éviterait ainsi des récriminations pénibles, de longues discussions et l'annulation de certaines délibérations prises. Sans doute, il existe déjà un comité officieusement formé sur ces bases, mais il serait nécessaire d'en régler le mode de recrutement et le fonctionnement et d'en faire approuver l'existence par le gouvernement.

Je ne vous entretiendrai pas longuement des *rapports des médecins avec les sociétés mutualistes* : c'est un sujet qui est traité par notre collègue, M. A.-J. Martin, dans son rapport fait au nom de la commission des vœux.

Il semble que, grâce à l'intervention de la commission médico-mutualiste, cette question soit en voie d'être résolue par le libre choix du médecin payé à la visite par le mutualiste.

J'espère, pour notre instruction à tous, que notre distingué collègue, le Dr Gairal, publiera la Conférence si documentée et si lumineuse qu'il a faite le 25 mars dernier à l'Hôtel des Sociétés savantes, dans une réunion organisée par le Syndicat des médecins de la Seine.

Le brillant conférencier, toujours sur la brèche lorsqu'il s'agit de défendre les intérêts généraux de la profession, a montré que les difficultés survenues entre médecins et mutualistes résultaient surtout de ce que les cotisations demandées aux mutualistes étaient insuffisantes ; les prescriptions de la loi de 1850, qui spécifiait que ces cotisations devaient être calculées d'après des tables de mortalité et de morbidité n'ont jamais été exécutées. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une crise existe puisqu'avec des cotisations insuffisantes, on veut assurer aux mutualistes des avantages multiples (soins médicaux, fournitures de médicaments, secours de maladies, etc.), qui n'étaient pas prévus au début. M. Gairal a exposé l'impossibilité dans laquelle se trouvent les mutualistes d'organiser les retraites ouvrières par suite de la constitution du « fonds commun inaliénable », et les modifications que le législateur va être obligé d'apporter à la loi de 1898.

Dans une statistique très complète, il a montré que d'ailleurs ce n'était pas l'élévation des frais médicaux qui causait la gêne des mutualistes, mais bien les secours de chômage, qui ont subi un accroissement proportionnellement beaucoup plus considérable que celui des frais médicaux.

En écoutant M. Gairal, je faisais à notre Association l'application des réflexions d'ordre général qu'il émettait sur les sociétés de secours mutuels ; je comprenais mieux que jamais que si notre Association ne peut, à l'heure actuelle, distribuer que des pensions qui sont réellement insuffisantes avec notre état écomique, cela tient surtout à ce que la cotisation demandée n'est pas suffisamment forte.

Je ne crois pas que le moment soit venu d'élever cette cotisation ; il me semble qu'il n'y a à l'heure actuelle, qu'à espérer dans la générosité de nos confrères favorisés par la fortune ou des médecins qui meurent sans postérité directe.

Quel meilleur emploi peuvent-ils faire de leur fortune que d'en abandonner partie ou totalité en faveur d'une Association qui a surtout pour but de soulager la misère du médecin âgé et infirme ou du médecin arrêté dans sa carrière d'une manière définitive par la maladie, en même temps qu'elle secourt les veuves et les orphelins laissés dans la misère !

Aussi peut-on déplorer — à ce point de vue comme à beaucoup d'autres — certaines attaques, aussi passionnées qu'injustes, qui visent ceux qu'on appelle « les heureux de la profession », en oubliant qu'ils n'ont parfois du bonheur et même de la prospérité que les apparences. A la longue, ces attaques n'amènent-elles pas certains de ces confrères à se désintéresser quelque peu des souffrances du corps médical ? Comment expliquer autrement que par un accès de misanthropie à l'égard de ses confrères, la décision regrettable pour nous, prise il y a quelques années, par un des maîtres qui honora le plus la clinique chirurgicale française, et qui laissa toute sa fortune pour favoriser la création des retraites ouvrières.

Quoiqu'il soit, chacun dans notre sphère, essayons de provoquer la générosité de nos confrères qui, au soir de la vie, n'ayant pas de famille à secourir, ne savent en faveur de quelle œuvre ils pourront utiliser leur fortune ; ils ne sauraient mieux faire que d'aider à l'amélioration du sort des médecins âgés, infirmes ou malades. N'est-il pas profondément poignant de penser qu'après toute une existence de dévouement consacrée au soulagement de ses semblables, le médecin manque souvent du nécessaire et laisse les siens dans un dénuement qu'il pourrait parfois rendre moins grand, s'il était moins compatissant à la souffrance et au malheur de ceux qu'il soigne ?

En tout cas, remercions les généreux donateurs dont M. le trésorier rappelait tout à l'heure les noms et qui, cette année, sont venus augmenter nos ressources disponibles. Espérons que leur nombre ira en s'accroissant ; faisons tous nos efforts pour les rendre encore plus nombreux et plus généreux.

Dans son compte rendu de l'année dernière, notre Président actuel appelait votre attention sur le rapport de M. Bouloumié sur l'assistance par le travail pour les veuves de nos sociétaires et pour les orphelins. Dans sa séance du 20 décembre 1906, le Conseil Général a approuvé les conclusions d'un nouveau rapport de M. Bouloumié ayant pour but de chercher les moyens de mettre en pratique cette organisation d'assistance. Une commission spéciale, dite Commission de l'assistance par le travail, va être organisée et sera aidée dans sa tâche par un comité de dames patronesses, choisies de préférence parmi les femmes, mères ou filles des médecins sociétaires. M. Bouloumié précise en ces termes la mission de ces dames patronesses :

« Elles dirigeront telle assistée, absolument sans ressources et dès lors ayant besoin d'un gain quotidien, sur les œuvres donnant un travail payé immédiatement, tandis qu'elles dirigeront telle autre, qui n'a besoin que d'un complément à ses modestes ressources, sur des œuvres donnant des travaux dont l'exécution peut être retardée, mais qui ne sont payés qu'après vente. Elles recommanderont de préférence à telle ou telle œuvre, telle ou telle assistée, en raison de ses aptitudes à tel ou tel travail ».

En résumé, on aura recours aux œuvres d'assistance qui existent déjà et que notre Association générale subventionnera dans la mesure des services rendus.

En outre, à côté de cette assistance temporaire,

'Association Générale cherchera à procurer des emplois aux veuves et orphelins. Le *Bulletin* de l'Association publiera dans chaque numéro une liste d'offres et de demandes d'emplois ; cette liste, grâce à l'intervention dévouée du syndic de la Presse médicale, M. Granjux, sera insérée périodiquement dans la plupart des journaux médicaux. Si cette œuvre d'assistance par le travail et de placement n'est qu'à ses débuts, elle peut dans l'avenir rendre de grands services, à la condition que tous nos sociétaires s'y intéressent et signalent les emplois ou situations qui pourraient convenir à des veuves de médecins.

Je crois répondre au désir d'un certain nombre de délégués en vous entretenant de la question de la loterie. Vous vous souvenez que, l'année dernière, à la suite d'une polémique de presse reposant sur un malentendu, une réunion contradictoire de tous les intéressés avait affirmé la parfaite correction du Conseil Général de l'Association et décidé que, pour éviter de nouveaux malentendus, une commission mixte serait nommée en vue de rechercher si une loterie pouvait être organisée en faveur du corps médical.

Cette commission fut composée de MM. Smester, promoteur de l'idée ; Janicot et Jeanne, pour la Presse médicale ; Gairal, Charrier, Le Clerc, Gourichon et Noir, pour l'Union des Syndicats ; Brouardel, Blache, Bucquoy, Langlet, Lereboullet et Rist, pour le Conseil Général de l'Association Générale (M. Lepage fut désigné ultérieurement en remplacement de M. Brouardel).

La commission de la loterie s'est réunie plusieurs fois. Mais, après sa première réunion, il s'est fondé en dehors d'elle, et à son insu, un comité dit « Comité d'Action de la loterie médicale », dont les idées différaient de celles de la Commission nommée par le Conseil Général.

Celle-ci, après avoir admis le principe de la création d'une loterie, s'était préoccupée de savoir à qui, en cas de nécessité, devaient revenir les fonds que produirait cette loterie. Elle avait décidé que si l'autorisation accordée par le Parlement désignait un certain nombre de groupements professionnels pour recevoir ces fonds, l'Association Générale n'y mettrait pas d'obstacle et se contenterait de la part qui lui serait attribuée lors de la répartition générale ; que si, au contraire, ainsi que l'avait formellement déclaré M. Combes, l'autorisation n'était accordée qu'à la condition que les fonds provenant de la loterie seraient exclusivement attribués à l'Association Générale, celle-ci, en raison de ses statuts formels, ne pourrait en faire profiter que ses membres participants.

Le Comité d'action demandait, au contraire, qu'il soit au préalable bien entendu que les fonds recueillis à l'aide d'une loterie seraient attribués aux déshérités de la profession médicale, aussi bien à ceux qui faisaient partie d'une association professionnelle quelconque qu'à ceux qui n'auraient jamais fait acte de prévoyance.

La divergence d'opinion qui séparait la commission nommée par l'Association Générale et le Comité d'Action, présidé par M. Smester, menaçant de retarder indéfiniment tout accord, il a été décidé, le 28 décembre, que le Comité d'action se dissoudrait après avoir délégué à la Commission de la loterie trois de ses membres : MM. Butte, Dardelin et Hamon.

Une nouvelle réunion de la Commission ainsi complétée a eu lieu le 6 mars, et il y a été décidé :

1° Que M. Smester serait chargé de faire auprès du groupe médical parlementaire et auprès du Président du Conseil, toutes les démarches nécessaires en vue d'obtenir l'autorisation de fonder une loterie ;

2° Que M. Hamon serait chargé d'établir un projet indiquant comment pourraient être distribués les fonds provenant de la loterie, dans le cas où celle-ci serait autorisée en faveur du corps médical tout entier, et non pas seulement, comme l'avait voulu M. Combes, en faveur de l'Association Générale. Malgré nos vives instances, nous n'avons pu avoir, à l'heure actuelle, aucune réponse de M. le Dr Smester ni de M. le Dr Hamon (1).

Comme il est nécessaire de connaître, avant l'année prochaine, votre opinion au sujet de cette question si importante, nous nous bornons aujourd'hui à vous demander si vous pensez que vos délégués à la commission mixte doivent insister pour que la loterie, si elle est autorisée, soit réservée à l'Association Générale ou si, au contraire, accepter que les fonds qu'elle produira devront profiter à tous les membres du corps médical qui sont ou seront dans le besoin.

La première solution aurait pour résultat d'écarter les confrères malheureux qui seront restés volontairement isolés, qui ne veulent pas faire acte de prévoyance ; elle aurait sans doute pour effet d'accroître dans une mesure très large le recrutement de l'Association Générale.

La seconde, peut être plus généreuse au point de vue sentimental, irait à l'encontre des décisions antérieures déjà prises par un Ministre de l'Intérieur. Elle nécessiterait de plus une organisation nouvelle destinée à recueillir, à gérer avec sécurité et à distribuer avec équité les fonds recueillis.

A vous de dicter à vos délégués la conduite qu'ils auront à tenir au sein de la commission mixte.

Vous avez vu voir, dans le dernier *Bulletin* de l'Association Générale, l'étude qui est faite par le Conseil d'administration de l'Amicale, d'une nouvelle combinaison dite : « combinaison D ». Les membres de l'Amicale qui y adhéreraient assureraient à leur décès une pension de 600 francs pour leur veuve, pension qui serait en partie réversible sur la tête des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.

L'étude minutieuse qui a été faite par l'actuaire de l'Amicale, M. Fleury, montre que cette combinaison est possible, à la condition qu'un nombre suffisant de sociétaires y adhèrent.

Le Conseil Général a été saisi du projet de l'Amicale par notre collègue Gassot, qui a même élaboré un projet spécifiant que l'Association Générale garantirait le fonctionnement de cette combinaison à ses débuts. Il n'a pas semblé au Conseil Général — surtout après les réserves fort judicieuses faites par notre conseil judiciaire, Me Liouville, — que l'Association Générale, avec ses charges multiples, pouvait donner un tel aval de garantie, sans lui fixer aucune limite. A la commission qui a été nommée par le Conseil Général pour étudier cette combinaison, notre Président, M. Lereboullet, a apporté les propositions d'une Compagnie d'assurances, qui se chargerait de l'organisation de cette combinaison à un tarif qui ne serait guère plus élevé que celui proposé par l'Amicale.

Cette solution aurait le double avantage de ne pas nécessiter la responsabilité pécuniaire de l'Association Générale et de permettre le fonctionnement de la combinaison avec un nombre même restreint d'adhérents.

Elle a l'inconvénient de faire intervenir dans cette

(1). Ce rapport était à l'impression lorsque, le 3 avril, M. le Dr Smester nous a écrit que, par suite d'une erreur de rendez-vous, il n'avait pu être reçu par le groupe médical parlementaire, et qu'il attendait cette entrevue pour faire une démarche auprès du ministre de l'Intérieur.

affaire une société non médicale, et surtout une compagnie d'assurances qui peut, à un moment donné, élever ses tarifs et qui, en tous cas, n'apportera jamais, dans ses rapports avec ses adhérents, la même bienveillance, la même correction qu'une association dirigée par des confrères.

La question est actuellement à l'étude. Il est probable que la combinaison D sera créée par l'Amicale et que, pour favoriser le fonctionnement de cette combinaison, l'Association Générale s'engagera — non pas à assurer le fonctionnement de la combinaison — mais à prendre chaque année sur son budget une somme, dont le montant sera voté en Assemblée générale et qui sera destinée à faciliter les débuts du fonctionnement de la combinaison D.

Quelques-uns d'entre vous trouveront peut-être que l'Association favorise un peu trop les véritables prévoyants. Mais, en réalité, ne fait-elle pas œuvre de saine prophylaxie, en empêchant la veuve d'un sociétaire d'être absolument dans le besoin le lendemain du décès de son mari ? D'ailleurs, il ne s'agit pas aujourd'hui de prendre une décision ferme à cet égard ; j'ai tenu simplement à vous rappeler les données du problème que vous aurez à solutionner probablement l'année prochaine d'une manière définitive.

....

....

Nous avons eu la douleur de perdre, cette année, un de nos plus zélés présidents, le Dr Courrèges (du Cher), et tout récemment, le Dr Labéda, Président de la Société de la Haute-Garonne ; le Dr Bernauër, Vice-Président de la Société d'Oran est également décédé.

Nous avons le regret de vous annoncer que deux Présidents ont donné leur démission : le Dr Delarue Président de la Société de Coulommiers, et le Dr Olivier (de Lille), dont vous n'avez point oublié la générosité en faveur de notre Association.

Nous souhaitons cordialement la bienvenue aux nouveaux Présidents : M. Allo (Côtes-du-Nord), Témoin (Cher), Noquet (Nord), Delagénière (Sarthe), et aux Vice-Présidents : MM. Dumas (du Gard-Alais) Berguin (Lot-et-Garonne), Vicq et Maillard (Meuse), Looten (Nord), Rigaud (Sarthe).

Le nombre des nouveaux adhérents est d'environ 500 ; celui des décès de 174 ; le nombre des sociétaires est de 9,250 environ. Comme je vous le dirai dans un instant, le cinquantenaire de notre Association est tout proche. Faisons tous nos efforts pour recruter de nouveaux adhérents et pour être 10,000 lorsque notre Association aura atteint sa cinquantième année.

C'est l'année prochaine que cet événement aura lieu, car il nous est arrivé cette année une aventure — moins désagréable pour une collectivité que pour un individu, — celle de vieillir tout d'un coup de deux ans. En effet, si vous consultez la couverture de nos *Bulletins*, vous verrez qu'en 1906 notre Association était dans sa quarante-sixième année et qu'en 1907 elle est dans sa quarante-neuvième année ! La responde ce vieillissement de notre Association vous incombe : vous avez, l'année dernière, nommé comme membre du Conseil un jeune confrère, le Dr Darras, très dévoué aux intérêts de la profession. Vous pensiez comme nous que M. Darras allait infuser du sang nouveau à notre Association et la rajeunir : tout au contraire il l'a vieillie. En se documentant sur tout le passé de notre Association, en lisant les *Annuaires* et *Bulletins* parus, M. Darras a découvert que notre Association était en réalité plus vieille qu'elle ne le paraissait sur la couverture de nos *Bulletins*, et qu'au lieu d'avoir 46 ans, elle en avait en réalité 48. Si je vous signale comme très proche cet anniversaire, c'est pour vous inviter à nous soumettre les propositions qui auraient pour résultat d'amener dans les sociétés locales un plus grand nombre de confrères et, en même temps, dans nos caisses, un peu plus d'argent, pour pouvoir augmenter d'une manière suffisante les pensions et allocations que nous distribuons à nos confrères.

Je me suis efforcé, au risque d'être incomplet, de rendre ce rapport le plus bref possible, car je n'oublie paint que mon secrétariat général n'est que provisoire et qu'il ne peut devenir définitif que grâce à vos bienveillants suffrages ; la meilleure manière de me les concilier est, je crois, de ne pas retenir trop longtemps votre attention.

M. de Ranse communique son rapport sur les pensions viagères à accorder en 1907. Dix nouvelles pensions de 800 francs sont votées. Ce qui porte à 93 le nombre des pensions en cours (5 à 1.000 frs, 88 à 800 frs). Sont élus membres de la Commission des pensions pour cette année : MM. Lereboullet, Lepage, Blache, de Ranse, Motet, Reynier, Thibierge, Rist et Darras.

M. A. J. Martin lit un rapport au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les sociétés unies (protestations contre le Certificat d'études médicales supérieures, réforme des études médicales, encombrement médical, tarif des honoraires médicaux dans les accidents du travail, lois sur l'assistance médicale gratuite, etc.).

A propos des rapports entre médecins et mutualistes, M. Jeanne met l'Assemblée au courant des résolutions prises par la Commission médico-mutualiste (libre choix du médecin, tarif à la visite, constitution de réunions mixtes régionales pour aplanir les difficultés pouvant survenir entre médecins et mutualistes). Après échange d'observations entre MM. Jaulin Créquy, Cauzard, Langlet, Jeanne et Lande, l'Assemblée décide de confier les intérêts des médecins aux délégués qui font partie de la Commission médico-mutualiste.

L'Assemblée étudie le projet de loterie médicale et après discussion décide de renvoyer l'étude de cette question à l'examen des Sociétés locales.

L'assistance aux veuves par le travail fait l'objet d'un rapport de M. Bouloumié, qui expose le fonctionnement de cette nouvelle organisation qui est sur le point d'être appliquée par la Société Centrale. M. Bouloumié indique le moyen de la mettre en pratique dans les Sociétés locales.

L'Assemblée discute ensuite sur le mode de nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices de province, et sur le rôle des Commissions administratives au sujet des nominations et révocations. Ce sujet est renvoyé au Conseil Général qui en fera une étude approfondie.

Puis l'Assemblée proteste contre le projet d'impôt sur le revenu qui aurait pour conséquence non seulement une taxation très onéreuse pour le médecin, mais aussi la violation du secret professionnel. Le Conseil Général, qui a déjà étudié cette question, a adressé à la Commission de législation fiscale une lettre de protestation.

Enfin M. Decourt entretient l'Assemblée du repos hebdomadaire relatif du médecin ; il demande que le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche soit double de celui de la

visite ordinaire, exception faite pour les visites effectuées sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement. Cette question est renvoyée à l'examen des Sociétés locales pour être soumise à l'Assemblée Générale de 1908.

L'Assemblée procède ensuite aux élections et réélections des membres du Bureau et du Conseil Général pour la période quinquennale 1907-1912.

Elections pour le Conseil général.

Nombre de votants : 117.

Vice-présidents.

MM. Bucquoy et Lande, vice présidents sortants, réélus à l'unanimité.

Secrétaire général.

M. G. Lepage	113 voix	*Elu*
M. Thibierge	2 —	
M. Janicot	1 —	
Bulletin blanc	1 —	

Secrétaires.

M. Laugier, secrétaire sortant, 116 voix.

M. Darras, présenté en remplacement de M. Lepage 117 voix.

Membres du Conseil.

Les six membres sortants en 1907 étaient :

M. Berger	réélu par	116	voix.
MM. Chauffard	réélu par	116	voix.
Dieu	—	116	—
Gairal	—	116	—
Olivier (Lille)	—	117	—
Rist(Versailles)	—	116	—

La présentation de M. Darras comme secrétaire ayant créé une vacance parmi les membres du Conseil M. Bouloumié a été présenté et a obtenu 115 suffrages.

MM. Thibierge, Granjux, Bonnet, Vicq (de la Meuse), Lorber (du Haut-Rhin français) et Thiéry (de la Meuse) ont obtenu chacun une voix.

Le bureau du Conseil général de l'Association se trouve donc ainsi composé ;

Président honoraire : M. Lannelongue.

Président : M. L. Lereboullet.

Vice-présidents : MM. Bucquoy (Paris), Cornil (Paris), Debove (Rouen) et Lande (Bordeaux).

Secrétaire général ; M. G. Lepage.

Secrétaires : MM. Laugier et Ch. Darras.

Archiviste : M. Périer.

Trésorier général : M. Blache.

M. Bouloumié entre au Conseil et complète à 30 le nombre des conseillers.

Un banquet a eu lieu le soir au Palais d'Orsay, auquel a assisté M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère du Travail.

LA SEMAINE MÉDICALE

Tuberculose épididymaire.

M. le Dr Perdrigeat, de Bordeaux, a étudié dans sa thèse la valeur comparée des divers traitements de l'épididymite tuberculeuse. « Dans toute tuberculose génitale, primitive ou secondaire, dit il, l'épididyme se trouve atteint. Presque généralement, la lésion première se localise au niveau de l'épididyme pour gagner ensuite le testicule et les annexes, par voie ascendante ;

1° Le traitement général doit toujours être institué ;

2° La méthode sanglante conservatrice doit être préférée à tous les autres traitements ;

3° L'épididymectomie doit être accompagnée, dans tous les cas, d'une orchidotomie exploratrice et de l'éradication du canal déférent ;

La résection de l'épididyme est une opération qui date de loin, puisque Malgaigne, en 1851, l'exécutait déjà ; elle a été réglée par Bardenheuer, en 1880, puis reprise par Villeneuve, Humbert, Duplay, Delbet, Lejars.

Elle peut être partielle ou totale. L'épididymectomie partielle consiste dans la suppression du ou des seuls noyaux malades encore durs, avec conservation de l'arbre excréteur.

Elle comprend trois temps : l'un, d'incision et de découverte ; le deuxième, d'énucléation ; le troisième, de réfection et de réunion complète.

L'épididymectomie totale est l'ablation de l'épididyme tout entier. Elle doit se faire par voie transvaginale, à ciel ouvert. Après incision des enveloppes scrotales et de la vaginale, on extrait le testicule, on libère l'épididyme des adhérences qui souvent l'encapuchonnent et on le découvre ; on cherche l'entrée du cul-de-sac épididymo-testiculaire, on trouve sa tête, on la détache, et on poursuit l'éradication d'avant en arrière, en ayant soin de tenir le bistouri au ras de l'épididyme, de façon à ne pas blesser l'artère spermatique.

Pour que cette opération soit complète, il faut se rendre un compte exacte de l'état du corps testiculaire, et, pour ce faire l'orchidotomie exploratrice, préconisée par le professeur Poncet, de Lyon. La section se fait d'ordinaire sur le bord convexe, d'un bord à l'autre, elle doit aller jusque dans l'épaisseur du corps d'Highmore. On voit alors si le testicule est sain, si au contraire il est occupé par des noyaux et des granulations, et s'il y a nécessité de la castration ; s'il n'existe qu'un ou deux noyaux bien encapsulés, on en fait l'incision au bistouri ou aux ciseaux.

On termine cette orchidotomie par la suture de l'albuginée, dont les deux lèvres, régulièrement accolées, seront unies par un surjet de catgut fin ou simplement par une série de points séparés.

Le Professeur Gross, dans la *Revue Médicale de l'Est* de 1902, ajoute à l'epididymectomie l'éradication du canal déférent, par laquelle Van Büngner terminait ordinairement la castration. Par des tractions lentes et continues sur le déférent, il le tire peu à peu hors du canal inguinal et le sectionne aussi haut que possible, évitant ainsi les lésions proches de l'épididyme et qui auraient pu passer inaperçues.

La castration ne convient qu'aux cas désespérés, aux lésions très avancées du testicule, ainsi qu'aux formes aiguës.

La conservation d'un moignon de la glande, ou, à défaut, la nécessité de la prothèse testiculaire s'impose pour soustraire le malade aux troubles psychiques consécutifs.

Le chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans les interventions courtes.

Employé depuis peu comme anesthésique général, le chlorure d'éthyle a provoqué l'enthousiasme de tous les chirurgiens qui en ont fait usage : les dentistes, en l'employant d'abord à l'état pur, puis mélangé au chlorure de méthyle, et à une faible dose de bromure d'éthyle, furent les premiers qui le mirent en honneur. Les spécialistes, accoucheurs, ophtalmologistes et laryngologistes, s'en servirent bientôt, eux aussi, et, actuellement, on commence à l'employer dans la plupart des interventions de petite chirurgie. M. le Dr F. Lemaitre vient de consacrer sa thèse à l'étude de ce nouvel anesthésique dans la pratique laryngologique.

La rapidité d'action du chlorure d'éthyle, dit l'auteur, sa facile et prompte élimination et sa stabilité sont autant de qualités qui en font, en quelque sorte, l'anesthésique général de choix pour les interventions de courte durée. Sa toxicité semble être réduite au minimum et les cas de mort attribués au chlorure d'éthyle sont, pour la plupart, des plus contestables ; tantôt la dose administrée a été trop forte ; tantôt, le terrain contre-indiquait toute anesthésie ; ici, on a donné du chlorure d'éthylène ; là, enfin, on s'est placé dans de mauvaises conditions en employant une méthode défectueuse.

— Comparé aux autres anesthésiques de courte durée, le bromure d'éthyle et le protoxyde d'azote, pour ne parler que des plus employés, le chlorure d'éthyle présente une véritable supériorité. Le bromure d'éthyle est un narcotique dangereux qui, bien qu'administré à des sujets normaux et suivant une méthode rationnelle, a plusieurs fois provoqué la mort. Le protoxyde d'azote détermine des phénomènes de cyanose qui peuvent effrayer au premier abord ; ce n'en est pas moins un anesthésique peu dangereux, mais d'un maniement difficile par suite de l'installation spéciale que réclame son administration.

Le chlorure d'éthyle doit être administré à une très faible dose, suivant une technique réglée à l'avance.

La plupart des procédés employés jusqu'à ce jour semblent devoir être condamnés. La sidération est une méthode barbare, une hérésie physiologique. Les masques à air libre font perdre une certaine quantité d'anesthésique et rendent tout dosage impossible. Certains appareils, plus rationnels, mais compliqués et volumineux, sont d'un maniement difficile.

Le masque de Camus est un appareil extrêmement simple, robuste, facile à manier. Il permet le dosage exact du chlorure d'éthyle : bien appliqué sur le visage du patient, il ne laisse échapper aucune vapeur chloréthylique.

L'administration de l'anesthésique se fait à dose minima, dans un espace clos, mais extensible, grâce à la vessie dont est muni cet appareil.

En utilisant des ampoules de 1, 2, et 3 centimètres cubes, qui sont les doses respectives que nous administrons aux enfants, aux adolescents et aux adultes, l'anesthésie survient généralement en moins de 60 secondes, et persiste, y compris la période d'analgésie de retour, environ deux minutes.

Deux conditions sont nécessaires pour obtenir une narcose sans excitation.

D'abord la respiration doit être buccale et non nasale : l'application de l'ouvre-bouche et l'obstruction des narines avec le bourrelet pneumatique réalisent cette première condition.

Ensuite, le dégagement des vapeurs anesthésiantes doit être lent et régulier : pour cela, il suffit, suivant la température ambiante, de chauffer légèrement, ou, au contraire, de refroidir préalablement dans la glace la chambre d'évaporation de l'appareil. Nombreuses sont les interventions que le chirurgien peut ainsi pratiquer sous cet anesthésique : tout ce qui est incision, ponction, curettage, section, avulsion, pansement, voire même examen réclamant la narcose, peut bénéficier de l'anesthésie générale au chlorure d'étyle.

Un excitant des tropiques.

Plusieurs de nos lecteurs nous ayant demandé de les renseigner exactement sur l'Ibogaïne, nous déférons à leur désir, dans un but d'édification générale.

L'ibogaïne est l'alcaloïde retiré par E. Landrin de l'*Iboga* du Congo. Cette plante, du genre *Tabernanthe*, croît dans l'Afrique occidentale, et plus particulièrement au Gabon et au Congo français. J. Dybowski, qui en a importé en France une certaine quantité qui a servi aux premières recherches et aux premières expérimentations, avait remarqué, au cours de ses nombreuses explorations, que les indigènes de ces régions font une consommation régulière des parties ligneuses de l'Iboga, à laquelle ils attribuent des propriétés stimulantes, nutritives, anti-déperditrices, et dont ils usent couramment pour lutter contre la fatigue, résister au sommeil, fournir un travail considérable.

Ces effets, dont la révélation aux indigènes était due au hasard, ont été confirmés par les expériences de laboratoire du professeur Pouchet et par les essais cliniques, qui ont eu pour théâtre plusieurs services hospitaliers de Paris, et notamment celui du professeur Huchard, à Necker. Depuis, l'Ibogaïne est entrée dans la thérapeutique courante, et figure à la première place au nombre des meilleurs toniques nerveux et musculaires.

La préparation réellement efficace et pratique est la *Dragée Nyrdahl*, à base de *chlorhydrate d'Ibogaïne*, (formule du Dr Landrin) qui se prescrit à la dose de 2 à 4 dragées par jour.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

OTOLOGIE

Le diagnostic et la prophylaxie des inflammations du labyrinthe dans les affections aigues de l'oreille moyenne.

Une inflammation de l'oreille moyenne doit toujours être considérée comme une affection grave, surtout quand elle évolue sur un organisme déjà affaibli ou de constitution débile ; elle peut, en effet, par ses complications mettre d'une façon extraordinairement rapide la vie en danger, et de plus elle menace l'intégrité du sens le plus noble, du sens de l'audition, ainsi que le développement de la vie intellectuelle, chez l'enfant surtout.

Parmi les complications des inflammations de l'oreille moyenne, on connaît les processus suppuratifs des cellules mastoïdiennes, des méninges, du cerveau, des sinus sanguins, ainsi que ceux du labyrinthe. Mais en présence des difficultés qui entourent l'exploration du labyrinthe, de la finesse et parfois de l'obscurité des symptômes labyrinthiques il est impossible au médecin d'instituer une prophylaxie rationnelle de cette complication spéciale s'il ne prend pas la peine de suivre dès le début avec la plus grande attention l'inflammation de l'oreille moyenne et ses symptômes, et de faire un examen très approfondi des organes atteints, aussitôt qu'il se produit la moindre anomalie dans l'évolution de la maladie.

Il est donc de toute nécessité de savoir par quelles voies, l'infection peut se propager de l'oreille moyenne au labyrinthe, et quelle est l'importance respective de ces différentes voies.

Celles-ci sont au nombre de quatre : les fenêtres ovale et ronde, la capsule labyrinthique autant qu'elle forme la paroi médiane de la cavité tympannique, enfin le canal semi-circulaire horizontal, quand l'antre mastoïdien et les cellules mastoïdiennes participent à l'inflammation de l'oreille moyenne, circonstance assez fréquente dans les otites consécutives aux maladies infectieuses aiguës.

Les voies d'infection les plus importantes sont la fenêtre ovale et la fenêtre ronde. Le canal semi-circulaire horizontal n'entre en ligne de compte que dans les affections longues et particulièrement graves avec participation de l'apophyse mastoïde, surtout quand la partie osseuse de ce conduit présente des brèches ; au contraire l'effondrement de la paroi osseuse médiane de la cavité tympannique, que produit souvent la carie dans les suppurations chroniques et prolongées n'est d'aucune importance dans le cas particulier

Quant aux conditions qui favorisent la propagation au labyrinthe de l'infection, partie de l'oreille moyenne, il faut les rechercher d'une part dans la nature de l'affection d'autre part dans l'état du patient. La gravité de ces inflammations aiguës de l'oreille varie dans de grandes proportions. A la suite d'un catarrhe naso-pharyngien aigu, on observe des inflammations, qui, avec ou sans perforation du tympan, guérissent rapidement en laissant intact le sens de l'audition. D'autres fois, après une scarlatine ou une diphtérie, en peu de jours apparaît une suppuration profuse avec destruction étendue du tympan le marteau et l'enclume sont éliminés, et il n'est pas rare d'observer une participation du labyrynthe.

Pour expliquer ces différences d'action, on incrimine la variété, la quantité et la virulence de l'agent infectieux, aussi bien que la résistance variable de l'organisme à l'envahissement des poisons bactériens. En présence d'un organisme déjà affaibli, qui est menacé d'une otite moyenne comme complication d'une maladie infectieuse aiguë, notre devoir sera donc d'instituer avec grand soin une prophylaxie, qui permet d'éviter une infection propagée à la cavité tympanique. Si malheureusement cette dernière est survenue, nous devrons diriger nos efforts de prophylaxie vers le labyrinthe : aussi rapidement que possible nous soustrairons l'oreille moyenne et le labyrinthe à la pression de l'exsudat, nous éviterons une surinfection du côté du naso-pharynx, ou du conduit auditif, si le tympan est perforé, nous soutiendrons l'organisme dans sa lutte contre l'infection, et, si le danger devient menaçant, nous ouvrirons par une opération toutes les cavités de l'oreille moyenne. Ces mesures protégeront également, autant que la chose sera possible, le malade contre la mastoïdite et les complications cérébrales.

Dans cette étude qu'il fait de la question, le Professeur Ostman (*Munch. Medicin. Wochens.*, 1906, nº 15) ne vise que les otites graves, qui seules constituent un danger pour le labyrinthe.

Dans ce genre d'affection, dit-il, on voit ordinairement dès le 2e ou le 3e jour de la maladie, le tympan très rouge ; sa zone postérieure, plus souple, proémine en totalité ou en partie, les contours du manche et de l'apophyse externe du marteau ainsi que l'éclat de la membrane ont disparu ; enfin la partie la plus interne du conduit auditif externe est également plus ou moins rouge. On note une douleur vive, térébrante dans la profondeur de l'oreille ; souvent il y a de la fièvre. D'autres fois, à cette période de la maladie l'exsudat inflammatoire a déjà perforé le tympan. Après avoir nettoyé le conduit auditif, on aperçoit alors une petite perforation, qui siège le plus souvent dans la zone postérieure, et, si la maladie est déjà un peu ancienne, il n'est pas rare de trouver, surtout si la lésion occupe le quart postéro-supérieur de la membrane, une surélévation conique, dont le sommet présente cette fine perforation.

Ces faits d'observation nous permettent de comprendre de quelle façon l'infection agira et cette période de la maladie sur le labyrinthe, et en particulier sur le limaçon.

La fenêtre ovale, conduisant dans le vestibule, possède, grâce à l'étrier, et au ligament annulaire une occlusion relativement fixe ; quant à la fenêtre ronde, s'ouvant à la base du limaçon, elle n'est obturée que par une pellicule fibreuse, très fine, qui n'adhère que d'une manière lâche à la muqueuse de la caisse, tandis qu'elle est fixée so-

lidement au périoste du limaçon. La courbure exagérée du tympan indique l'existence d'un excès de pression dans la caisse ; et cet excès de pression se fait sentir également sur les deux fenêtres, en particulier sur la fine membrane tympanique de la fenêtre ronde.

La vive rougeur inflammatoire du tympan et de la partie avoisinante du conduit auditif externe, nous montre que le tympan et la paroi du conduit auditif participent au processus inflammatoire de l'oreille moyenne ; nous pourrons donc facilement en induire que de la même façon il s'est propagé au tympan secondaire de la fenêtre ovale, ainsi qu'à la base du limaçon par analogie avec l'envahissement du conduit auditif externe. Nous verrons plus tard comment l'analyse de l'acuité auditive confirme cette hypothèse.

Mais, objectera-t-on, pourquoi la perforation spontanée du tympan s'observe-t-elle si souvent, alors que celle de la fenêtre ronde est très rare ? Mais celle-ci est vraisemblablement rendue plus difficile par suite de la tuméfaction inflammatoire de la muqueuse de la fosse ronde, qui vient former un matelas élastique, protecteur devant la fenêtre ronde.

Dans les cas où une quantité particulièrement grande de poisons bactériens envahit l'oreille, où la résistance de l'organisme est déjà affaiblie, ainsi que le fait se produit dans la scarlatine et la diphtérie, le tympan comme la membrane tympanique secondaire pourra être rapidement détruit ; le pus pénètrera ainsi dans le limaçon et troublera l'audition ; par la propagation de l'inflammation, il envahira également le vestibule et les canaux semi-circulaires ,d'où vertiges et troubles de l'équilibre. De plus cette complication mettra la vie en danger, car le pus risquera de gagner la cavité cranienne par les canaux vasculaires et nerveux du limaçon, ou bien encore par l'effondrement de la mince paroi osseuse, qui sépare cet organe du conduit auditif interne.

De tous ces faits il résulte que si nous voulons instituer une prophylaxie rationnelle contre le labyrinthe, nous devrons diriger nos efforts sur deux points : la disparition rapide de l'excès de pression dans la cavité tympanique,et la prompte diminution de l'inflammation. Aussi devrons-nous en premier lieu faire sur la partie proéminente du tympan une large paracentèse, si une perforation spontanée ne s'est pas encore produite ; mais, dans ce dernier cas même, nous nous assurerons que l'écoulement du pus se fait dans des conditions satisfaisantes,car les perforations spontanées sont généralement petites, surtout lorsqu'elles siègent sur une surélevure du tympan.

Il est indispensable de connaître tous ces détails, afin de pouvoir rapidement élargir artificiellement une perforation spontanée insuffisante ou bien enlever à l'anse froide le bouchon muqueux qui l'obture. Chaque jour, il faut contrôler soigneusement l'écoulement du pus : la réapparition ou la recrudescence de la douleur spontanée, de la douleur à la pression, des bourdonnements d'oreille, l'élévation de la température,la diminution de l'acuité auditive, indiquent la nécessité de faire un examen rapide de l'oreille, et de rechercher les causes de ces phénomènes pathologiques.

La deuxième précaution prophylactique consiste à diminuer l'inflammation; les méthodes proposées dans ce but sont nombreuses, et cette particularité trouve son explication dans la grande variété des otites moyennes aiguës, et dans le manque de statistiques suffisamment nombreuses et exactes, qui permettent d'apprécier leur valeur respective. A cet égard,voici les conseils que donne le Professeur Ostmann. Quand par une paracentèse du tympan, éventuellement répétée plusieurs fois, on est devenu maître de l'excès de pression dans l'oreille moyenne, il importe d'éviter qu'une surinfection de la caisse ne se produise du côté du naso-pharynx ou du conduit auditif exerne ; il importe également de soutenir l'organisme dans sa lutte contre l'infection. On pare à toute excitation mécanique des parties enflammées, et l'on ordonne le repos au lit durant la période fébrile, car l'expérience clinique montre que le repos complet du malade hâte la guérison complète des otites moyennes.

Afin d'éviter une infection par le naso-pharynx, on doit s'abstenirde tout cathétérisme de la trompe d'Eustache jusque vers la fin de l'inflammation non seulement, comme le veut Bezold, dans les maladies infectieuses et dans l'ozène, mais dans tous les cas. Le cathétérisme, en effet, produit une excitation mécanique des parties enflammées et ne laisse nullement pénétrer un air stérile dans la caisse en suppuration. Ostmann condamne de même l'insufflation d'air au travers de la perforation pratiquée dans le tympan, ce que conseille Bezold dans les maladies infectieuses et dans l'ozène ; cette pratique peut être en effet dangereuse ; elle est en tous cas inutile, et la paracentèse du tympan doit avoir pour but unique et suffisant l'évacuation du pus.

Quant à la désinfection du conduit auditif externe, on la réalise au moyen de lavages à l'eau boriquée chaude à 3 %, ou de solution salée physiologique ; avant comme après,on désinfecte soigneusement le pavillon de l'oreille. Il serait peut-être illusoire de chercher à réaliser une antisepsie rigoureuse du conduit auditif, mais ces lavages emportent les sécrétions sébacées et diminuent dans une certaine proportion la quantité des germes infectieux. Ils sont continués pendant toute la durée de la suppuration ; le conduit auditif, ainsi nettoyé, est ensuite rempli, drainé, mais non pas tamponné, au moyen d'un morceau de gaze, long de 10 centimètres, large de 2 centimètres ;par-dessus est appliquée une compresse stérilisée et un tampon d'ouate. Toutes les 24 heures, ou même toutes les 48 heures,lorsque la suppuration est moins abondante,on renouvelle le pansement et l'on s'assure que le pus continue à s'écouler librement.

Grâce à ce traitement, au repos alité, à la diète durant les premiers jours, les otites moyennes, même graves, guérissent souvent d'une manière particulièrement rapide, et l'acuité auditive reste intacte. Mais là ne doivent pas se limiter nos soins, car si la grande majorité des cas guérissent sans complications, nous devons suivre attentivement l'évolution de la maladie chez chaque patient, afin de déceler aussitôt le moindre danger d'une complication.

Quels sont donc les symptômes qui permettent de reconnaître le début d'une otite interne ?

D'après les traités classiques, l'inflammation du labyrinthe se traduit par de la diminution de

l'acuité auditive et de la surdité, des vertiges, des troubles, de l'équilibre, des malaises et des vomissements, nystagmus, des bourdonnements d'oreille et de la fièvre. Mais ces symptômes permettront rarement de reconnaître une otite interne *au début*, et s'ils existent nettement il sera trop tard pour entreprendre la prophylaxie. Seule restera la ressource de trépaner le labyrinthe, opération très aléatoire, ou d'assister à l'évolution de l'affection, en spectateur inactif.

Aussi faut-il apprendre à connaître la valeur respective de ces différents symptômes.

La fonction propre du labyrinthe est l'audition par conséquent seuls, sont significatifs les renseignements, fournis par une analyse exacte et détaillée de ce sens ; les vertiges, les troubles de l'équilibre le nystagmus, les malaises et les vomissements sont des symptômes, qui peuvent être dûs aussi bien au cerveau qu'aux canaux demi-circulaires, et par suite présentent une certaine ambiguïté. Cette particularité est d'autant plus exacte qu'il est impossible de reconnaître leur origine. La courbe thermique, souvent irrégulière, sans caractère particulier, ne peut pas non plus servir de base au diagnostic. Il ne reste donc qu'un examen détaillé de la fonction auditive, que l'otite moyenne rendra par elle-même plus difficile en diminuant déjà la transmission des ondes sonores, mais facilitera aussi dans une certaine mesure ainsi que nous allons le voir.

Néanmoins cet examen détaillé de l'audition n'est pas toujours possible au lit du malade ; il suffit alors au médecin praticien d'une instrumentation sommaire pour se rendre compte de l'étendue et des progrès de l'infection, pour chaque jour rechercher la transmission des ondes sonores par le voie aérienne et par la voie solidienne.

Pour la première recherche il suffira d'un tuyau acoustique de Galton, gradué de l'octave 8 à l'octave 3 ou 4, muni de son échelle explicative, qui facilitera la tâche au praticien. Si le malade ne perçoit plus les tons les plus élevés il faudra craindre une infection du labyrinthe. C'est ainsi que, d'après les observations du professeur Ostmann, tous les patients atteints d'otite moyenne, qui par suite de leur affection ne percevaient plus les sons que jusqu'à l'octave 7 ou 8, n'eurent jamais une altération grave du labyrinthe ; leurs bourdonnements d'oreille, parfois très marqués, disparurent toujours à un moment donné. Au contraire, dans les cas d'otite moyenne, consécutive à la scarlatine ou à la diphtérie, pour lesquels l'acuité auditive ne permettait que la perception de l'octave 6 au maximum, les bourdonnements et la dysacousie persistèrent malgré la guérison de l'infection de la caisse tympanique.

La perception par la voie solidienne ou cranienne se recherche au moyen d'un diapason que l'on place sur le vertex : il est démontré que dans les cas d'otite moyenne simple, le labyrinthe soustrait à l'influence des ondes aériennes forme une caisse de résonnance, et que par suite la perception osseuse est d'une durée et d'une intensité plus grandes du côté malade. Si donc à un moment donné celle-ci devient égale ou inférieure à celle du sain côté, on peut craindre un envahissement du labyrinthe. Pour que ces examens quotidiens aient toute leur rigueur il faudrait évidemment connaître au préalable l'acuité auditive du malade pour chacune de ses oreilles : néanmoins dans la pratique on peut se contenter d'une approximation, en prenant pour point de comparaison l'oreille saine, dont on note dès le début tous les résultats d'un examen complet et détaillé.

En résumé, une diminution rapide et particulièrement marquée de l'acuité auditive pour les tons les plus élevés obtenus par le tuyau acoustique de Galton, une diminution de la conduction osseuse pour l'oreille malade, et l'apparition simultanée de phénomènes inflammatoires du côté du tympan, tandis que l'infection reste stationnaire ou augmente au niveau de l'oreille moyenne tels sont les signes, qui dévoilent le début de l'otite interne par la fenêtre ronde. Si la propagation par contre, menace de se faire au niveau du canal semi-circulaire horizontal, on observe des symptômes ambigus tels que les vertiges, les vomissements, le nystagmus, ainsi que les troubles de l'équilibre. La suppuration du labyrinthe par ses progrès risque de compromettre définitivement l'audition ; aussi les premiers signes qui peuvent faire craindre une otite interne, doivent-ils, dès qu'ils sont constatés, faire prendre au praticien les mesures de prophylaxie les plus énergiques. Il doit faire des saignées locales au niveau de l'apophyse mastoïde, de la dérivation intestinale si l'état du malade le permet, ordonner le repos au lit le plus absolu et vérifier chaque jour soigneusement l'écoulement du pus au travers de la perforation tympanique. Si celui-ci est insuffisant, si la situation devient plus menaçante, le médecin ne doit pas hésiter à trépaner rapidement l'apophyse mastoïde même si elle ne semble pas participer à l'infection.

Ces sages mesures permettront souvent de sauver l'ouïe et même la vie du malade.

Dr Georges.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Séance du 11 *avril* 1907.

Présidence de M. le Dr Lereboullet, Président.

Etaient présents : M. Boudin, Mme Bourgeois, MM. Dignat, Bruno Dubron, Dubuisson, Gairal, Gouffier, trésorier, Jeanne, Lemière, Levassort, secrétaire général, Proby, Rocher, Mme Thévenin.

S'étaient excusés : MM. Bonnard, Lièvre, H. Martin.

Correspondance.

M. Levassort, secrétaire général, donne connaissance :

1° D'une lettre du Syndicat médical de Rochefort-sur-Mer demandant si un chirurgien-dentiste, dépourvu du diplôme du docteur en médecine, a le droit de soigner les sinusites, ainsi que le fait s'est récemment produit dans la région.

En faisant une réponse négative quant à la légalité du fait, M. Levassort a conseillé au Syndicat de Rochefort de se mettre en rapport avec le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

2° D'une lettre de M. Rocher, avocat-conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France concernant des démarches faites au sujet d'un institut médical délictueux.

3° D'une lettre du Professeur Treub, d'Amsterdam, proposant une entente internationale contre l'exercice illégal de la Médecine.

4° D'une lettre de M. le Dr Maurice, de Lyon, indiquant l'intention du Syndicat médical du Rhône de poursuivre la répression du charlatanisme médical et de l'exercice illégal commis par voie d'annonces dans les journaux.

6° D'une lettre contenant une dénonciation anonyme contre un herboriste.

Election complémentaire du Bureau

Avant qu'il y soit procédé, M. le Dr Lereboullet adresse ses remerciements aux membres de l'Office Central de l'avoir appelé à les présider en remplacement du regretté Prof. Brouardel, et il les assure de tout son dévouement pour la cause médicale.

M. le Dr Dubuisson, député, M. le Dr Léon Duchesne et M. G. Rocher, Avocat à la Cour de Paris, Avocat-Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, sont nommés Vice-Présidents de l'Office Central.

M. Bruno Dubron, Avocat à la Cour de Paris, est nommé secrétaire général adjoint.

Impression du Compte-rendu du Congrès contre l'exercice illégal de la médecine.

M. le Dr Levassort rappelle les difficultés qui se sont produites et annonce que l'apparition du volume est prochaine. Il ne reste plus à faire que la mise en pages.

Etat de la caisse.

M. le Dr Gouffier, trésorier, indique que les espèces en caisse s'élèvent à la somme de 1,211 fr.25.

Il résulte de diverses observations échangées que la situation financière de l'Office n'est pas mauvaise, de fortes subventions étant recouvrables à première demande. Celles des Syndicats et Sociétés de province les suivront lorsque le plan de travail adopté à l'Office sera connu d'eux, c'est-à-dire dès que le volume du compte-rendu du Congrès leur aura été adressé.

Les comptes du trésorier sont approuvés et quelques dépenses nécessaires autorisées.

Liste des Médecins français.

M. Levassort entretient l'Office de la mission qui lui a été donnée par le Congrès contre l'Exercice illégal pour la confection de la liste des Médecins français. Il estime qu'en faisant une démarche directe à ce sujet auprès de M. le Ministre de la Justice, on obtiendrait une complète et rapide satisfaction.

M. Lereboullet constate qu'il s'agit là d'une question d'enseignement supérieur, ressortissant à la direction, qui a à sa tête M. Bayet. Peut-être serait-il donc préférable de voir M. Bayet personnellement et de lui expliquer le but poursuivi par l'Office et de chercher à avoir ainsi satisfaction. La chose serait d'ailleurs facilitée par les bons rapports existant déjà entre M. Bayet et lui.

M. Dubuisson fait remarquer q'on pourrait signaler aussi à M. Bayet l'illégalité de la mesure en vertu de laquelle on refuse de communiquer les noms des diplômés. La collation d'un grade universitaire est un acte public et il ne saurait à ce titre être dissimulé.

M. Lemière (Lille) qui assiste à la séance rappelle qu'en province les Facultés de médecine n'ont jamais opposé de refus semblable. Le fait est particulier à la Faculté de Paris.

M. Lereboullet se rappelle, en effet, qu'à l'époque où il s'occupait davantage qu'aujourd'hui de journalisme médical, les bureaux de rédaction recevaient fréquemment et même sans les avoir demandés les noms des docteurs reçus par les Facultés de province. Il se souvient aussi des efforts faits jadis par M. Brouardel, alors qu'il était doyen, pour que les listes d'admission ne fussent plus tenues secrètes. Ces efforts restèrent d'ailleurs infructueux.

M. Lereboullet promet de faire sous quinzaine auprès de M. Bayet la démarche décidée.

Au sujet des personnes à qui la communication devra être accordée, M. Dignat la demande pour les Présidents des sections locales de l'Association Générale des Médecins de France. Il n'y a pas, en effet, de Syndicats partout, mais il y a des sections de l'Association Générale dans presque toutes les régions de la France.

M. Lereboullet propose de distinguer à cet égard deux questions :

1° Celle de la communication des listes dont il y a lieu d'abord de faire admettre le principe.

2° Celle des personnes à qui cette communication devra être accordée.

M. Jeanne se range à cet avis en indiquant que la communication sera due avant tous autres à l'Office Central qui fera ensuite des renseignements obtenus un usage conforme à sa mission.

Affaire X...

M. Rocher rend compte des démarches par lui faites au sujet de l'institut X... Les autorités auxquelles il s'est adressé l'ont accueilli favorablement et lui ont promis de prendre des mesures propres à faire respecter la légalité.

La répression de l'exercice illégal de la médecine dans le département du Rhône.

M. Proby (Oullins) qui fait partie de la commission nommée au sein du Syndicat médical du Rhône pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, remet une note contenant l'indication de divers procès d'exercice illégal qui ont été jugés depuis moins d'un an par le Tribunal correctionnel de Lyon. Cinq condamnations sont intervenues à 100 fr., à 500 fr., à 150 fr., à 50 fr. et à 100 fr. d'amende. Le syndicat s'était porté partie civile dans trois affaires, il n'avait demandé qu'un franc de dommages-intérêts à raison de circonstances particulières et l'a obtenu. Dans un cas à la requête du Syndicat l'insertion du jugement et des condamnations a été ordonné aux frais de la partie condamnée dans le *Progrès de Lyon* et le *Lyon Républicain*. Ces insertions ont eu lieu.

Deux affaires d'exercice illégal de la médecine sont actuellement à l'instruction au Parquet de Lyon.

D'autre part, la commission nommée par le Syndicat du Rhône pour aviser à combattre l'exercice illégal a profité d'une interpellation au Conseil Municipal de Lyon afin de demander la création d'un cours d'infirmiers dont les leçons

seraient professées par les membres du syndicat et qui fonctionnerait sous son contrôle.

La durée des études y serait de deux années. Ce cours ne donnerait lieu à la délivrance d'aucun diplôme, mais le Syndicat dresserait un tableau de capacité des infirmiers qui l'auraient suivi, et ce tableau serait adressé à tous les médecins de la région.

Après l'avis du Syndicat les infirmiers se livrant habituellement à l'exercice illégal de la médecine seraient rayés.

M. le Dr Proby indique aussi qu'une commission inter-syndicale va se créer entre le Syndicat médical et le Syndicat des pharmaciens du Rhône pour réagir contre la mauvaise réclame à laquelle se livre la presse quotidienne.

Des documents intéressants ont déjà été recueillis à cet égard et permettront peut-être une action commune.

Tous ces heureux résultats sont dûs à l'initiative de la commission spéciale nommée par le Syndicat du Rhône. Le dévouement de ses membres est digne d'éloges, et parmi eux M. le Dr Maurice, dont le nom est à citer en particulier, collabore de tous ses efforts pour sauvegarder les intérêts du public et ceux du corps médical qui sont en la circonstance étroitement unis.

A la fin de la séance, les membres de l'Office conviennent de choisir comme dates des réunions celles qui concordent le mieux avec les autres assemblées médicales.

Le Bureau est chargé de prendre pour les convocations toutes dispositions utiles.

Le Secrétaire Général adjoint :

Bruno Dubron,
Docteur en droit, Avocat à la Cour d'Appel.

REPORTAGE MÉDICAL

Dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine. — Le prochain dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine aura lieu, le mardi 7 mai 1907, à 7 h. 1/2 du soir, au cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, à Paris. Cotisation, 12 francs. Tenue de ville.

Les membres du comité : MM. Nicoles, Rochefort, Egasse, Destrem, Dedet, Joyau, Joly.

N.-B, — Les dîners ont lieu ordinairement le 1er mardi de mai et de novembre. Les anciens médecins et pharmaciens de la marine qui n'auraient pas reçu de lettre d'invitation y sont admis sur a présentation de deux membres. Les officiers en activité sont admis de droit.

En cas d'adhésion, l'avant-veille au plus tard, on est prié d'adresser la réponse au docteur Dedet, 25, rue Marignan, Paris (8e).

Œuvre d'enseignement médical complémentaire «E. M. I.» 8, Rue François-Millet, Paris. — Le voyage d'Enseignement médical complémentaire « EMI-1907 » aura lieu du 7 au 23 août prochain. Après concentration à Nancy, Munich, Nuremberg, Carlsbad, Marienbad, Prague, Vienne, Buda-Pest, Salzbourg, Gastein, Innsbruck, Zurich, Baden (en Suisse). La dislocation se fera à Besançon-la-Mouillère.

La bourse de voyage du fondateur de la Société sera attribuée cette année à un groupement professionnel de Paris, qui sera désigné en présence des délégués de tous les groupements parisiens : le groupement favorisé élira son bénéficiaire. Les groupements qui par suite d'erreur ou d'oubli n'auraient pas été avisés sont priés de considérer le présent comme une invitation régulière et de vouloir bien se faire connaître avant le 1er mai.

Les conditions et le programme détaillé du voyage d'études vont paraître très prochainement. Pour renseignements, écrire avec timbre pour réponse ou demander rendez-vous à l'administrateur de la Société M. Etienne Bazot, 8, rue François-Millet, Paris (6e).

Facultés et Hôpitaux.

M. Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 4 mai 1907, à 10 h. et demie du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

M. A. Petit commencera un cours pratique d'histologie le 6 mai 1907, à l'hôpital Necker (laboratoire de la clinique des voies urinaires). Cet enseignement sera complet en douze séances, qui auront lieu les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine, à 5 heures. Chaque auditeur est exercé à la lecture et à la description des préparations histologiques et reçoit une collection de coupes. Le nombre des places étant limité et le cours payant (50 fr.), s'inscrire d'avance au laboratoire ou par mandat-carte.

Le cours de gynécologie et chirurgie abdominale fait par MM. Proust, agrégé, et Dartigues, chef de clinique, commencera le mardi 30 avril à 2 h. 1/2, et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à l'hôpital Broca. S'inscrire au secrétariat de la Faculté. Droits d'inscription : 50 francs.

Un cours complémentaire et pratique (3e série) de neuropathologie commencera le 6 mai 1907, sous la direction de M. Henri Claude, agrégé. Ces cours aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 5 heures, à la Salpêtrière, salle d'examen de la clinique. Ce cours durera un mois. Il aura un caractère essentiellement pratique. La symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec la présentation de malades. Des pièces histologiques et anatomiques seront mises à la disposition des auditeurs.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront.

Le droit à verser est fixé à 80 francs.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.



Vingt-neuvième année N° 18 Dimanche 5 MAI 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

BULLETIN DE NAISSANCES

Nous avons à enregistrer, cette semaine, l'apparition et la naissance proche de deux nouveaux groupements de défense professionnelle. Un syndicat — un vrai syndicat — s'est constitué dans les Basses-Pyrénées, sur l'initiative d'un de nos meilleurs confrères, le Dr Guichamans, d'Arzacq, le dévoué correspondant du *Concours*, et, dans la banlieue immédiate de Paris, les efforts de notre confrère Lecerf, d'Asnières, ont jeté les bases d'une « Association Amicale des médecins de la banlieue-ouest ». Ainsi, sur tous les points du territoire, de jour en jour se multiplient les Associations de défense professionnelle, de solidarité confraternelle. C'est avec joie que nous saluons ces naissances, d'autant plus que, journal d'action et de propagande syndicales, le *Concours* peut à juste titre se prévaloir d'avoir préparé un terrain favorable à l'éclosion de tous ces groupements.

Nul doute que ces nouveau-nés ne fassent d'excellente et utile besogne. Ils ne se contenteront pas de vivre dans une douce quiétude, mais se souviendront que le propre d'un syndicat est d'être un organe de défense, de combat. Les nécessités, d'ailleurs, qui poussent à sa création, ne sont pas d'ordre sentimental, mais d'ordre économique, et les confrères avisés et énergiques qui ont provoqué ces nouvelles manifestations de l'esprit corporatif savent pertinemment que, si quelques satisfactions nous ont été apportées au cours de ces dernières années, elles ne sont pas dues à la pure bénévolence ou au simple esprit d'équité de nos éternels adversaires, mais qu'au contraire il nous a fallu les arracher, pied à pied, au prix d'une lutte âpre et d'un labeur ininterrompu. Quelle que soit la question qui se pose, qu'il s'agisse d'assistance médicale gratuite, d'inspections variées, de tout ce qui constitue la médecine sociale moderne, que nous nous heurtions aux difficultées provoquées par la loi de 1898 (à la veille d'être encore aggravée dans ses conséquences d'ordre médical professionnel, par suite de son imminente extension aux accidents agricoles), que nous nous trouvions en face de la mutualité ou de ses filiales, il nous faut, médecins isolés, ou modestes groupements locaux, lutter contre des coalitions d'intérêts qui ont trouvé trop longtemps le champ libre devant leurs prétentions parfois extravagantes. Or, qu'a-t-il fallu pour améliorer un état de choses qui semblait devoir amener une crise mortelle pour notre profession et en précipiter l'exercice dans des conditions à tout jamais précaires ? Qu'une minorité parmi les médecins s'organise et affirme par des actes décisifs sa volonté de sauvegarder les droits de tous. Il ne suffit donc pas, à un syndicat, de voir le jour ; s'il veut vivre et prospérer, il doit affirmer sa mission d'organe de défense, et pour cela doit être toujours en éveil contre toutes les manifestations de nature à léser l'intérêt général,

ce dernier ne fût-il qu'incidemment menacé dans la personne d'un des co-syndiqués.

Mais la puissance d'un syndicat isolé est forcément restreinte ; cette unité, cette « cellule », selon l'expression de Maurat, ne peut espérer lutter avec fruit contre les organisations plus complexes dont les ramifications nous menacent jusque dans les points les plus reculés du pays. Le but à viser est plus élevé, la défense professionnelle ne saurait se restreindre à un certain nombre de petits cercles qui s'ignorent les uns les autres. L'année dernière et cette année, le *Concours* a publié sous des rubriques variées (1) nombre d'études et de projets relatifs à un plan de défense unitaire de notre profession sur le territoire tout entier. Fonder un syndicat, c'est très bien ; obtenir de nombreuses adhésions et le respect de conventions et d'obligations librement consenties, c'est très méritoire ; mais que peut représenter comme force effective, comme influence morale ou politique, un syndicat, fût-il départemental, même faisant de bonne besogne, mais cantonné dans la zone restreinte de son département ? Aux fédérations des sociétés extra-médicales, émanations, qui de groupements sociaux, qui de puissantes associations capitalistes, émettant la prétention de rejeter à l'insu des médecins, voire même contre eux, tarifs et vacations, ne nous accordant trop souvent que de dérisoires honoraires, opposons un groupement de cohésion vraiment puissant, qui existe déjà, mais que malheureusement trop de syndicats encore perdent de vue : l'Union des Syndicats médicaux ! Que peut peser la si minime cotisation nécessaire, en face de la poussée qui serait ainsi provoquée par l'adhésion unanime, sans suspicions ni exceptions du Corps médical tout entier ? A l'heure présente la moitié de nos syndicats est-elle affiliée ? Que les représentants de nos syndicats songent un peu quelle autorité serait conférée, dans ces conditions, à nos délégués au sein des grandes Commissions, en face des délégués des Sociétés d'Assurances ou de la Mutualité. Quelle ne serait pas l'influence des mandataires du Corps médical, investis régulièrement et parlant au nom de l'unanimité des Syndicats médicaux ? Tel qu'il est, nous avons à notre disposition un organisme d'une valeur indiscutable, que peu d'efforts mettraient hors de pair, et le meilleur service à rendre à des organisations naissantes serait encore de les affilier à l'Union, facteur de force, car les efforts épars des bonnes volontés les plus éminentes risquent d'être stériles s'ils restent isolés.

Séance de constitution du Syndicat des Basses-Pyrénées

Une réunion ayant pour but la constitution d'un Syndicat médical dans le département des Basses-Pyrénées, a eu lieu à Pau, le 1er avril dernier, dans une salle de la Nouvelle Halle, que M. le Maire avait bien voulu mettre à la disposition des organisateurs de la réunion, les Drs Dupouy et Guichamans, d'Arzacq.

Une vingtaine de confrères se trouvaient à l'heure indiquée au lieu de réunion.

Le Dr N. Ferré, ayant été nommé président, remercie l'assemblée et donne la parole au Dr Guichamans qui lit l'allocution suivante :

Allocution du Dr Guichamans

Je vous dois une leçon d'ouverture. Permettez-moi d'abord une observation.

J'ai convoqué presque exclusivement à cette première réunion, je dis « première » avec intention, les membres du *Concours médical*, de cet excellent journal que j'appellerais volontiers le journal du prolétariat médical, s'il n'était essentiellement le journal du devoir médical, et aussi de la pratique de la confraternité médicale. Ces confrères m'ont paru former une armée active, éclairée par une propagande inlassable de plus d'un quart de siècle en faveur des idées de défense et de solidarité professionnelles, toute prête pour l'action par conséquent, et pour une action qui devra être d'autant plus énergique qu'elle est plus tardive. J'ai étendu cette convocation à des amis et à des confrères voisins déjà pressentis à ce sujet et acquis à la cause. Que nos confrères non avertis veuillent bien comprendre que je n'ai envers eux aucune suspicion, aucune rancune, aucun sentiment mauvais. J'ai limité volontairement mon initiative pour la raison que je viens de vous dire. On peut me croire [illegible] parole.

Il y a actuellement deux Frances médicales au point de vue déontologique, comme il y a eu deux Frances au point de vue du langage.

L'une, altruiste professionnellement, convaincue que l'intérêt général et l'intérêt particulier se confondent, que le bien de l'individu profite moralement et matériellement à la communauté et réciproquement, sachant les dangers de l'isolement et les avantages d'une communion sincère, férue de dignité professionnelle et désolée de la voir s'abaisser à des compromissions fâcheuses, à des marchandages pénibles, ou s'effondrer en des dissensions lamentables et même en des haines barbares ; et, pour que les intérêts du corps soient protégés, respectés, et que l'honneur médical reste toujours intangible au-dessus des passions humaines, se groupant volontairement autour d'une discipline, se soumettant à des lois précises, auxquelles certains ont ajouté des sanctions rigoureuses.

L'autre, individualiste, sinon égoïste, indépendante, rebelle à toute entente, à toute cohésion, à toute discipline ; ou indifférente et sceptique ; ou fière de ses privilèges, de sa fortune, de ses relations, et confinée dans des jouissances exclusives ; trouvant que tout est bien puisque la fortune lui a souri et qu'elle n'a rien à désirer, ou affligée de misanthropie, de jalousie inconsciente, l'âme fermée au soleil, à la lumière, à l'amitié, à la fraternité.

L'une, la première, est groupée en 157 syndicats avec 8000 adhérents.

L'autre, la seconde, comprend tout le reste.

Celle-ci chante, rit ou pleure au hasard de la fortune et des événements.

L'autre travaille résolument, et vous verrez bientôt comment, au bien-être matériel et moral de tous.

C'est dans la première que je vous convie à prendre place.

Le département des Basses-Pyrénées est un des douze où ne flotte pas la bannière syndicale.

Cela ne sera plus si vous le voulez.

Pour donner à ma leçon d'ouverture la valeur d'une leçon clinique, je vais l'étayer d'un souvenir per-

---

(1) *Le Concours*. — 1906. — 24 juin. — La réorganisation du syndicalisme médical en France.
2 septembre. — Le médecin doit-il rester dans sa tour d'ivoire ?
1907. — 10 mars. — La crise des syndicats médicaux.

sonnel qui a la précision et comporte l'enseignement d'un fait pathologique.

Il y a 20 et quelques années — (comme on vieillit vite) — dans cette même ville, sinon dans cette même salle, je fus appelé à assister à une réunion de l'Association médicale des Basses-Pyrénées. Cette association est, vous le savez, une société de bienfaisance de, charité pure, et ses statuts ont banni sévèrement des réunions les discussions politiques et religieuses ; mais il y a d'autres passions que les passions politiques et religieuses ; il y en a même de pires, si l'on en croit un adage connu, que pour ma part, je n'accepte pas comme vrai.

Il s'agissait, dans l'espèce, et nous médecins de campagne, nous n'apprîmes la chose qu'en séance — d'exclure un confrère.

Quel fait motivait, s'il vous plaît, cette peine infamante ?

Eh bien ! ce confrère s'était permis et même se permettait à tout coup, paraît-il, des critiques plus ou moins acerbes, des plaisanteries plus ou moins spirituelles, des injures même, nous dit-on, à l'encontre d'un autre confrère, je le nomme tout de suite, c'était le Dr Duboué, président, je crois bien, de l'Association au moment où l'affaire fut appelée devant elle.

Duboué était certainement un clinicien éminent, un accoucheur hors ligne, un praticien heureux, une intelligence d'élite mais en thérapeutique, il avait, à ce qu'on dit, un fort dada, — que celui qui est sans péché lui jette la pierre, — un dada qu'il avait la manie de chevaucher en toute occasion... Et chose étrange, avec ce dada il réalisait des cures merveilleuses.

Cela explique pourquoi il était de bonne foi, de si bonne foi qu'il avait écrit un mémoire qui fut couronné, de si bonne foi aussi, malheureusement, que toute critique sur cette question le mettait de fort mauvaise humeur.

La peine qu'on demandait parut-elle excessive à la majorité ? Trouva-t-elle cette majorité, que l'Association toute de charité n'était pas un tribunal, et qu'elle n'avait pas à juger des conflits entre confrères. Après une lutte épique, violente, où, de part et d'autre, on échangea des paroles véhémentes, excessives, l'exclusion fut repoussée à une voix de majorité.

Les médecins de campagne qui votèrent contre l'exclusion ne pouvaient songer qu'en votant ainsi, ils frappaient de mort l'Association dont la dissolution fut prononcée le lendemain *inter amicos*, en leur absence en tout cas.

Pouvait-il penser qu'il se frappait lui-même le Dr L..., qui négligea de se faire de nouveau inscrire à l'Association, et qui mis quelques années après, dans l'impossibilité d'exercer, fut obligé de quémander un bureau de tabac qu'on ne lui donna qu'après une longue attente, et des tribulations excessives.

Eh bien, de tels faits ne se seraient pas passés si un syndicat médical eût existé.

Qu'est-ce donc qu'un syndicat médical.

C'est une association de médecins résolus, sans transactions d'aucune espèce possible, sans distinguos subtils, sans effort de casuistique, suivant des conventions librement consenties, ne laissant place à aucune ambiguité et ne permettant aucun défaillance, avec ou sans sanctions à l'appui, à faire de la confraternité en action : à s'estimer, à s'aimer même les uns les autres; à se soutenir, à se défendre mutuellement, à soumettre tous leurs litiges à un arbitrage, à avoir un idéal enfin, très nettement défini accessible à tous, partant facilement réalisable.

Pour parler d'une façon plus précise je dirai qu'un syndicat médical a essentiellement pour but d'établir des rapports de bon voisinage, des rapports véritablement confraternels entre tous les membres du corps médical, de défendre les intérêts professionnels de ce corps vis-à-vis des particuliers, vis-à-vis de l'Etat, du département, des communes, vis-à-vis des collectivités financières, industrielles et mutualistes ; vis-à-vis de l'exercice illégal de la médecine quelque forme qu'il prenne, et quelque habit qu'il revête.

Le médecin syndiqué a vis-à-vis de ses confrères à remplir tous les devoirs, et à exiger tous les droits de la solidarité vis-à-vis des particuliers et des collectivités à pratiquer largement la charité dans des circonstances bien définies, à réclamer une rémunération honorable de ses services quand ceux qu'il a servis sont tenus de s'en acquitter.

L'art. 13 de la loi du 30 nov. 1892 interdit aux médecins de se syndiquer contre l'Etat, les départements et les communes, mais, comme le dit le Dr Noir, l'action des syndicats s'est fréquemment et salutairement fait sentir auprès des pouvoirs publics et souvent même ces derniers y ont eu spontanément recours.

Il y aura lieu de leur demander que la loi protectrice de la santé publique, que les lois d'assistance soient appliquées partout et que le médecin soit rémunéré en toute circonstance et honorablement rémunéré. Si dans ce département les accidents du travail industriel ne nous donnent pas beaucoup de besogne, on peut prévoir le moment où la loi sera étendue aux accidents agricoles et où l'action syndicale trouvera sûrement à s'exercer efficacement.

Enfin d'ores et déjà elle peut faire œuvre utile, en essayant de soustraire le public à la tourbe si nombreuse et habile, qui exploite si avantageusement sa crédulité et fait de la médecine chirurgicale, médicale, mystique à ciel ouvert et sans encourir aucun risque.

Le programme est encore plus vaste dans l'âme des jeunes générations, qu'anime un esprit ardent de réforme et de progrès constant, et je voudrais pouvoir vous lire les dernières pages de la remarquable étude du Dr Noir sur les syndicats médicaux parue en 1905.

Eh bien, Messieurs, que ce programme vous l'acceptiez élargi ou restreint, il faut agir et agir sur l'heure, c'est à cela que je vous convie.

Lecture faite, on échange des observations et des idées.

Le fait désormais acquis, c'est que le Syndicat est constitué, les confrères présents étant décidés à marcher même s'ils restaient seuls, même si les adhérents de la première heure qui n'ont pu assister à la réunion revenaient sur leur parole.

Mais faut-il créer un groupement unique ou des groupements d'arrondissement, sinon du canton ?

Le Dr Buzy-Cazaux dit que l'idéal, ce serait la création de petits syndicats cantonaux ou tout au moins d'arrondissement.

L'avis du Dr Fourguette acquiert l'assentiment de tous. Selon lui, il est important d'abord, vu la mentalité actuelle du corps médical des Basses-Pyrénées, encore peu disposé ou insuffisamment préparé, — on le voit par le petit nombre d'adhérents qui ont répondu à l'appel de son promoteur, — à cette organisation qui va bouleverser naturellement des habitudes anciennes, de créer un Syndicat unique, d'y amener par une propagande active les confrères indécis ou indif-

férents si nombreux, car il en est peu d'hostiles, puis cet organe créé, et l'éducation de ses membres faite, de favoriser sa dissociation en petits groupes, qui resteraient cependant reliés au Syndicat central pour la défense des intérêts généraux.

Sur demande de divers membres, lecture est faite des Statuts du syndicat de Versailles.

On écarte l'idée d'une sanction pénale, actuellement impossible à réaliser dans ce département où l'idée Syndicale vient de naître et, qui pourrait tenir éloignés un trop grand nombre de confrères.

Le président, résumant alors les faits qui résultent des observations échangées, des déclarations entendues et des propositions faites, après avoir fait ressortir la nécessité et l'urgence qu'il y a pour tous les médecins du département des Basses-Pyrénées à suivre le mouvement général et à créer sans retard un organe de solidarité et de défense professionnelles :

Propose la nomination d'une commission chargée de préparer, étude faite des Statuts de divers Syndicats, des Statuts appropriés au milieu ; dit que ces Statuts devront être soumis à l'approbation d'une assemblée générale, convoquée très prochainement à cet effet, et à laquelle sera convié tout le corps médical du département, indique que la convocation de cette assemblée s'impose avec d'autant plus de force que cette première réunion n'a été dans l'intention des organisateurs qu'une réunion d'essai, mais que cette réunion démontre suffisamment qu'il y a dans ce département un noyau d'hommes résolus coûte que coûte à faire triompher l'idée syndicale qui, tôt ou tard, ici comme ailleurs, s'imposera, même aux plus réfractaires.

La commission est nommée séance tenante, et l'on se sépare pour banqueter et boire à la santé du nouveau-né qui grandira, car il est Béarnais.

Et maintenant je m'adresse à tous mes confrères du département.

Aux heureux qui pourraient professer le *Suave mari magno*:.. sous le décor charmant de votre home, fait pour n'abriter que des bonheurs, j'aperçois la douleur, hôte de tous les foyers. Mais c'est une douleur en dentelles. Contre les affres véritables de la vie : iniquités préméditées et conscientes des hommes, injustices aveugles du sort, vengeances poursuivies et assouvies, haines ouvertes et latentes, trop souvent victorieuses, incertitudes poignantes du lendemain, etc., vous êtes immunisés, et c'est tant mieux pour vous. Vous ne les ignoriez pas cependant et elles vous émeuvent même. Mais vous vous dites que c'est une loi humaine, que cela a été, est et restera tant qu'il y aura des hommes, qu'on ne peut détourner le cours des fleuves ni changer l'organisation sociale, et en cela vous êtes injuste. On ne peut supprimer la foudre, soit : mais vous savez bien que dans votre maison, votre vie, la paix de votre famille, le sourire de vos enfants, tout cela est à l'abri de ses effets. Il est donc possible dans une certaine mesure de prévenir la stupidité des forces brutales, d'atténuer le choc des mauvais instincts, de réparer l'iniquité de certaines injustices. C'est ce que nous voulons. Aidez-nous.

Aux autres, à ceux qui peinent : vous êtes des vaillants, c'est entendu. Votre besogne, vous courez l'accomplir à toute heure, en toute saison, par tous les temps, et vous courez l'accomplir sans examen, sans calcul, à tout appel. Il y a en elle, en effet, quelque chose du devoir, puisqu'il est accepté que vous ne sauriez vous y soustraire et que tout malade a droit au secours d'un homme de l'art, puisque vous n'avez pas droit à la grève. Mais l'accomplissement d'un devoir légitime-t-il l'abaissement de la dignité professionnelle ? vous oblige-t-il à sacrifier vos intérêts, les intérêts de votre corporation ? à vous dépenser sans réflexion, sans mesure ? à accepter un salaire de famine ? à permettre qu'on vous retourne vos notes impayées ou réduites ? à regarder comme vrais les mensonges des personnes intéressées à vous duper, à vous brouiller avec vos confrères ? à rendre œil pour œil et dent pour dent ? Vous croyez devoir aller au devoir comme le soldat va au feu : vous êtes simplement victime d'un sophisme. Le soldat n'a pas à s'inquiéter du sol qu'il foule, des moissons qu'il écrase sous les pieds des intérêts qu'il sacrifie, qu'est le sol, qu'est la moisson au regard de la Patrie . Un intérêt supérieur légitime et magnifie son œuvre. Mais quel intérêt légitime, excuse simplement la destruction que vous faites de cette belle moisson de confraternité, de dignité professionnelle qui est un culte pour le plus grand nombre ? Vous détruisez sans excuse : vous vous blessez vous-même sans compensation : car votre vanité elle-même ne peut y trouver son compte et qu'il arrive que vous tombiez, douloureux et saignant, ayant trop présumé de vos forces, n'ayant pas compté avec le destin, le long de ce chemin que vous avez pavé de mauvais procédés, quel sera votre devoir ? Si vous répondez : je m'en f..., nous n'avons plus qu'à jeter un voile douloureux sur votre cécité inconsciente.

Association amicale des Médecins de la banlieue Ouest de Paris.

Projet de Statuts.

TITRE I. — Définition.

Art. Ier. — Il est constitué entre les médecins praticiens de la région dite banlieue Ouest de Paris qui auront adhéré par signature aux présents statuts et annexes, auront rempli les conditions d'admission et acceptent la forme syndicale, une association professionnelle qui prend le nom de « *Association amicale des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris.* »

Art. II. — Son siège social actuel est provisoirement à Asnières, il pourra être changé dans les conditions légales.

Art. III. — Sa durée est illimitée ainsi que le nombre de ses membres.

TITRE II. — But.

Art. IV. — L'Association a pour but :

1° D'améliorer la situation tant individuelle que collective des membres qui la composent.

2° D'établir des rapports permanents entre les médecins de la région, de leur apprendre à se connaître, à s'apprécier et à se protéger réciproquement et, par ces moyens, d'entretenir et de resserrer les liens de confraternité ;

3° De rendre leurs relations aussi faciles que possible en fixant quelques règles de déontologie médicale à adopter par l'Association ;

4° De s'efforcer d'aplanir les conflits pouvant

s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins et de prêter à ces derniers son appui matériel et moral dans la légitime revendication de leurs droits.

5° D'étudier et de préparer de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou les autorités compétentes, l'application *locale* des mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique ;

6° D'établir des règles de conduite vis-à-vis des collectivités : Sociétés de secours mutuels, Bureaux de Bienfaisance, médecine cantonale, cliniques gratuites, assurances accidents, etc., etc.

7° De poursuivre par tous les moyens légaux l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les Assemblées générales.

8° De contribuer moralement et financièrement à la défense des intérêts généraux du corps médical de la région, sans porter atteinte à ceux des régions voisines.

TITRE III. — Admissions.

Art. V. — Peut être admis comme membre de l'Association :

Tout médecin praticien exerçant dans une des localités de la région à condition :

1° De faire partie du Syndicat des médecins de la Seine, d'un Syndicat de Seine-et-Oise ou d'une association locale professionnelle.

2° De se faire présenter par deux parrains choisis parmi les confrères membres de l'Association les plus proches voisins dans la localité ou, à défaut dans les localités les plus voisines ; Dans le cas où les deux confrères les plus voisins refuseraient d'assister un confrère comme parrains, le postulant aura le droit de demander une enquête devant le conseil d'administration.

3° De déclarer par écrit sur un registre spécial, que le postulant a pris connaissance des statuts et des décisions antérieures de l'Association sur les questions déjà étudiées par celle-ci et qu'il les accepte dans toutes leurs conséquences et de signer en même temps que ses deux parrains sur le dit registre, faisant précéder sa signature de ces mots : lues et approuvées les écritures ci-dessus.

4° De présenter une demande par lettre au Président. Cette demande sera soumise au Conseil d'administration qui pourra admettre le postulant provisoirement après enquête et présentera son rapport à la plus prochaine assemblée générale.

Art. VI. — L'admission définitive sera prononcée par celle-ci après un vote au scrutin secret, uninominal, à la majorité des membres présents.

Art. VII. — Lorsque la demande n'aura pas été admise, elle ne pourra être réintroduite qu'un an après le vote défavorable.

Art. VIII. — Lorsqu'un nouveau médecin viendra s'installer dans une localité de la région, son plus proche voisin, membre de l'Association, devra en informer le secrétaire général qui lui adressera un exemplaire des présents statuts, en lui faisant connaître le but et les avantages de l'Association.

TITRE IV. — Droits-Devoirs.

Art. IX. — A partir du moment où l'admission a été prononcée par le conseil d'administration, le nouveau membre entre en possession des droits et contracte les obligations prévues aux articles ci-dessous :

Art. X. — Tout membre a droit :

1° A une protection aussi étendue que possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint ;

2° A l'observation rigoureuse par ses confrères de l'Association des obligations mutuelles consenties ;

3° A l'appui moral et au besoin pécuniaire dans les limites des ressources établies par le Conseil d'administration et complétées par les syndicats des médecins de la Seine et de Seine-et-Oise (dans le cas où le confrère *menacé* ferait partie d'un de ces syndicats).

4° Au concours spontané de tous les membres de l'Association.

Art. XI. — Tout membre s'oblige :

1° à observer strictement les statuts et toutes les décisions prises par l'Association ;

2° à observer scrupuleusement les règles de la déontologie médicale et spécialement celles adoptées par l'Association ;

3° à payer sa cotisation en temps voulu ;

4° à s'interdire tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigues, de sollicitation de clientèle, de dénigrement de confrères, d'avilissement d'honoraires, etc., etc.

5° à donner son concours spontané à tout confrère membre de l'Association menacé ou lésé (dans l'ordre professionnel exclusivement.)

6° à assister rigoureusement aux assemblées générales obligatoires ;

7° à se soumettre aux sanctions pénales ;

8° à s'interdire d'aborder dans les réunions toute question politique ou religieuse ;

9° à n'accepter de traiter à forfait avec une société de secours mutuels ou un patron d'usine sans en avoir référé au Conseil d'administration et à l'Assemblée générale pour approbation ;

10° à n'avoir aucun rapport médical avec les médecins mis à l'index.

Art. XII. — Des règles particulières à chaque association communale peuvent être établies par celle-ci en matière d'honoraires.

Elles ne seront obligatoires pour tous les membres de l'Association qu'après leur homologation par l'Assemblée générale.

Art. XIII. — Tout abaissement systématique des honoraires doit être considéré comme un manquement punissable.

TITRE V. — Sanctions.

Art. XIV. — Les infractions aux présents statuts, aux décisions de l'Association, ainsi qu'à celles prises par les associations communales (dans les conditions prescrites à l'article XII) seront passibles des sanctions suivantes :

Premier degré :

a) L'avertissement ;

b) Le blâme ;

Deuxième degré :

c) Les amendes (de 20 à 1000 francs).

b) L'exclusion.

Celle-ci pourra être temporaire ou définitive;

Elle pourra se cumuler avec l'amende.

L'exclusion définitive entraîne la cessation complète de tous les rapports professionnels avec les membres de l'Association.

Elle sera toujours portée à la connaissance des nouveaux membres lors de leur admission. Les sanctions du premier degré seront prononcées par le Conseil d'administration, celles du second degré par l'Assemblée générale disciplinaire.

ART. XV. — L'Assemblée générale décidera en outre s'il y a lieu d'exercer contre le membre désigné une action judiciaire en dommages et intérêts dans le cas où l'amende ne suffirait pas pour réparer les dommages causés à l'Association.

TITRE VI. — DÉMISSION

ART. XVI. — Les membres de l'Association, peuvent donner leur démission par lettre recommandée adressée au secrétaire général. Le Président en donne lecture à l'Assemblée générale suivante.

ART. XVII. — La démission ne dégage pas le membre de l'Association des responsabilités et pénalités encourues antérieurement à elle.

ART. XVIII. — La cotisation pour l'année entière est due à l'Association.

TITRE VII. — ADMINISTRATION

ART. XIX. — L'Association amicale est administrée et dirigée par un conseil d'administration composé de membres nommés par chacun des groupes de médecins (membres de l'Association) existant ou à créer dans chacune des communes de la région dans la proportion suivante :

De 5 à 15 membres, un conseiller ;
De 16 à 40 membres, deux conseillers ;
De 41 à 100 membres, trois conseillers ;
Au-dessus de cent membres, quatre conseillers.

Tout groupe communal ne comprenant pas au moins cinq membres sera réuni à son voisin le plus proche et le moins nombreux. Les deux réunis nommeront un conseiller.

ART. XX. — Chaque conseiller est élu pour un an et rééligible.

ART. XXI. — Chaque année après l'Assemblée générale obligatoire le Conseil d'administration se réunit et choisit parmi ses membres le bureau composé de :

1° Un *Président* qui a pour fonctions de diriger toutes les assemblées générales, les réunions du Conseil d'administration ou du conseil de famille, de réunir le bureau entier chaque fois qu'une question communiquée par le secrétaire général ou un membre de l'Association lui paraît nécessiter cette réunion.

Il représente l'Association devant l'autorité administrative et judiciaire ; il a les pouvoirs les les plusé tendus pour ester en justice au nom de l'Association (introduire les instances après avis du Conseil d'administration et du Conseil judiciaire) ;

2° Un *Vice-président* qui remplace le président dans tous ses droits et fonctions en cas d'absence ;

3° Un *Secrétaire général* qui est chargé de toute la correspondance de l'Association, des convocations et doit à l'Assemblée générale obligatoire rédiger un rapport sur le fonctionnement de l'Association pendant l'année courante.

4° Un *Secrétaire général adjoint* chargé de seconder le secrétaire général, de rédiger en séance les procès-verbaux du Conseil d'administration et des Assemblées générales et de les remettre au secrétaire général pour visa et publication, enfin de remplacer celui-ci en cas d'absence.

5° Un *Trésorier* chargé de tenir les comptes de l'Association, de recouvrer les cotisations et les amendes, de payer au nom de l'Association sur bons signés du président ou du secrétaire général, enfin de rédiger à l'Assemblée générale obligatoire un rapport sur la gestion financière de l'Association.

ART. XXII. — Le président seul ne pourra être réélu plus de deux années consécutives. Il pourra rester membre du conseil sur réélection du groupe communal qu'il représente.

ART. XXIII. — Le Conseil d'Administration désigne temporairement le même jour ou au courant de l'année autant de *syndics* qu'il sera nécessaire pour présider les commissions, étudier des questions spéciales, ou diriger les différents services qu'il pourra créer.

Ces syndics pourront être choisis parmi les membres du conseil ou les membres de l'Association.

ART. XXIV. — La présence des conseillers aux réunions du Conseil est obligatoire.

Toute absence non justifiée (cas de force majeure, maladie ou décès des membres de la famille (ascendant ou descendant) entraînera une amende de *trois* francs.

TITRE VIII. — ASSEMBLÉES GÉNÉRALES.

ART. XXV. — Les membres de l'Association se réuniront en Assemblée générale au moins deux fois par an.

L'une, obligatoire, aura lieu le quatrième dimanche d'octobre et comprendra la nomination du Conseil et la lecture des compte-rendus de gestion du Conseil d'administration.

L'autre, facultative, aura lieu le troisième jeudi de mai et pourra être suivie d'un banquet également facultatif.

En outre de ces deux assemblées, il pourra être réuni des assemblées générales obligatoires ou disciplinaires autant de fois que le Conseil d'administration le jugera nécessaire.

ART. XXVI. — L'Assemblée générale obligatoire d'octobre est dirigée par le président assisté du Bureau sortant.

ART. XXVII. — Tout membre absent à l'Assemblée générale obligatoire d'octobre, s'il ne s'est pas excusé par lettre, sera passible d'une amende de cinq francs.

ART. XXVIII. — Il sera malgré cette excuse obligé de verser la somme de deux francs entre les mains du trésorier.

ART. XXIX. — Tout membre absent lors d'une Assemblée générale disciplinaire sera passible d'une amende de *dix* francs, sauf excuse jugée valable par le Conseil, auquel cas l'amende sera réduite à *cinq* francs.

ART. XXX. — En aucun cas le vote par correspondance ou par procuration ne sera admis dans le fonctionnement de l'Association.

ART. XXXI. — Sur toutes les questions le vote aura lieu au scrutin secret uninominal s'il est réclamé par dix membres de l'Association.

Le président est chargé de la police de l'Assemblée.

TITRE IX. — FONDS SOCIAL.

ART. XXXII. — Le fonds social de l'Association se composera :

1° Du produit des cotisations (6 fr. par an) ;
2° Du droit d'entrée (3 fr.) ;
3° Des amendes versées pour absences;
4° Des amendes versées par les membres délinquants ;
5° Des dommages et intérêts acquis par jugements ;
6° Des dons, legs ou autres fonds et revenus qui pourront survenir à l'Association de quelque source que ce soit.

ART. XXXIII. — Les charges de l'Association comprennent :
1° Les frais d'administration, de correspondance, d'impressions des compte-rendus ou autres, etc ;
2° Les dépenses nécessitées par les procès intentés contre les personnes se livrant à l'exercice illégal,ou par toute autre instance, ayant pour but les intérêts professionnels,si l'Association préfère intenter elle-même ces procès sans en laisser le soin aux syndicats de la Seine et de la Seine-et-Oise ;
3° Les secours qui pourront être alloués aux membres de l'Association ;
4° Les subventions éventuelles à toute société ayant pour but la défense professionnelle ou les intérêts médicaux.

ART. XXXIV. — Le conseil d'administration est laissé juge de l'emploi et du placement de ce fonds social.

ART. XXXV. — En cas de dissolution de l'Association, qui ne pourra être prononcée qu'à la majorité des deux tiers des membres de l'Association, dans une Assemblée générale spécialement réunie à cet effet, le fonds social sera versé aux caisses des syndicats de la Seine, de la Seine-et-Oise, au prorata du nombre des membres de chacun de ces syndicats affiliés à l'Association.

TITRE X. — CONSEIL JUDICIAIRE.

ART. XXXVI. — Un conseil judiciaire est attaché à l'Association pour l'éclairer dans certaines décisions qu'il aura à prendre et pour, si besoin est, défendre ses intérêts en justice.

Ce conseil judiciaire est choisi par le Conseil d'administration qui le convoque chaque fois qu'il le juge utile.

TITRE XI. — MODIFICATION AUX STATUTS.

ART. XXXVII. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts, si elle n'a pas été préalablement soumise au Conseil d'administration, un mois au moins, avant l'époque fixée pour l'Assemblée générale obligatoire. Mention de la proposition doit être faite dans la convocation.

ART. XXXVIII. — Des règlements particuliers adoptés en Assemblée générale détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux exposés dans les présents statuts.

ART. XXXIX. — A ces statuts est joint un règlement antérieur et seront joints :
1° Un tarif d'honoraires général ;
2° Un tarif spécial à chaque groupement communal s'il y a lieu.
3° Un règlement déontologique ;
4° Un recueil des décisions prises par l'Association et approuvées en Assemblée générale.

Règlement intérieur de l'Association.

TITRE I. — CONSEIL D'ADMINISTRATION.

ART. I. — Chaque groupe communal devra se réunir un mois avant l'Assemblée générale obligatoire d'octobre et élire son ou ses conseillers. Le résultat du vote sera immédiatement communiqué au secrétaire général,lequel dressera la liste qui devra être présentée à la ratification de l'Assemblée générale.

ART. II. — Le Conseil d'administration se réunit obligatoirement tous les mois impairs, le deuxième vendredi au siège social.

ART. III. — Ce Conseil pourra être réuni autant de fois qu'il sera jugé nécessaire.

ART. IV. — Les décisions du Conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas du partage des voix sur une question, celle du président est prépondérante.

ART. V. — Le Bureau se réunit au dehors du Conseil autant de fois que le juge utile, le président ou un de ses membres. Ses décisions ne peuvent être valables qu'après avoir été approuvées par le Conseil d'administration.

TITRE II.— ASSEMBLÉES GÉNÉRALES.

ART. VI. — Les convocations sont adressées par lettre pour les Assemblées générales au moins quinze jours à l'avance.

ART. VII. — Tout membre désirant assister au banquet,devra se faire inscrire par lettre adressée au secrétaire général aussitôt le reçu de la convocation pour l'assemblée de mai.

ART. VIII.— Les convocations pour les assemblées disciplinaires devront être envoyées dans le même délai avec la garantie de recommandation postale.

ART. IX. — Ne sont mises en discussion que les questions portées à l'ordre du jour.

ART. X. — Sont seules portées à l'ordre du jour :
1° Les questions indiquées par l'Assemblée générale précédente ;
2° Celles déterminées par le Conseil d'administration ;
3° Celles qui lui auront été soumises avec tous les développements nécessaires au moins un mois avant la réunion.
4° Celles qui, ne remplissant pas les conditions ci-dessus, auraient un caractère d'urgence que le Conseil aura été à même d'apprécier avant d'en permettre le développement en séance.

ART. XI. — En entrant dans la salle des réunions, même au cours de la séance, chaque membre doit venir trouver le secrétaire,afin de signer la feuille de présence et, pour l'Assemblée de mai verser sa cotisation pour le banquet, entre les mains du trésorier.

ART. XII.— Tout incident de séance qui prendrait un caractère d'attaque personnelle serait clos immédiatement par le président et renvoyé d'office devant le Conseil de famille.

TITRE III.—COMPTE-RENDU DES SÉANCES.

ART. XIII.— Le compte-rendu des assemblées générales sera publié dans un journal médical ou un bulletin syndical.

ART. XIV. — Celui des séances du Conseil d'administration et du Conseil de famille pourra être publié dans un bulletin spécial adressé à tous les membres.

Art. XV. — Lorsque l'Assemblée générale aura pris des décisions engageant la responsabilité de chacun des syndiqués un exemplaire du journal ou du bulletin renfermant le compte-rendu de cette Assemblée sera envoyé à tous les membres non présents à cette assemblée avec la garantie de recommandation postale.

Art. XVI. — Le secrétaire général est chargé du soin de ces comptes rendus et du choix des journaux après avis du Conseil d'administration.

Art. XVII. — A la suite du procès-verbal de l'Assemblée générale obligatoire il sera publié chaque année une liste des médecins exerçant dans la région et une liste des membres de l'Association.

TITRE IV. — Droit d'entrée. Cotisation.

Art. XVIII. — Le droit d'entrée est fixé à trois francs.

Art. XIX. — La cotisation annuelle est fixée à six francs.

La cotisation pour l'année entière est due par tout membre admis à l'Assemblée générale d'octobre. Elle ne sera due pour tout membre admis après cette assemblée que pour l'année suivante.

Art. XX. — La cotisation et les amendes doivent être adressées au trésorier avant l'Assemblée générale de mai. Elle seront recouvrées par la poste aux frais du retardataire si le trésorier ne les a pas reçues à cette époque.

Art. XXI. — Tout versement de cotisation ou d'amende donne lieu de la part du trésorier à la délivrance d'un reçu, détaché d'un registre à souches spécial avec désignation bien nette de l'affectation de la somme versée.

Art. XXII.—Tout membre qui après deux rappels recommandés faits à trois mois d'intervalle n'aura pas payé sa cotisation ou ses amendes sera considéré comme démissionnaire. Cette démission avec les réserves indiquées au titre VI des statuts datera du huitième jour qui suivra le dernier rappel.

TITRE V. — Amendes. (1)

Art. XXIII.—Tout membre qui, ne pouvant assister à une Assemblée générale obligatoire non disciplinaire, s'excusera par lettre, même si cette excuse est jugée valable par le Conseil d'administration (cas prévus à l'article XXIV) versera une somme de deux francs entre les mains du trésorier.

Art. XXIV. — Tout membre qui pour cette même assemblée ne s'excusera pas devra verser une somme de cinq francs.

Art XXV. — Tout membre absent à une assemblée disciplinaire, même s'il s'excuse par lettre et que cette excuse soit jugée valable, devra verser cinq francs.

Art. XXVI. — Tout membre absent sans excuse à cette même assemblée devra verser dix francs.

Art. XXVII.— Tout membre du Conseil de famille absent à une réunion, sauf excuse jugée valable versera une somme de dix francs.

Art. XXVIII.—Tout membre du Conseil d'administration absent à une réunion, sauf excuse jugée valable versera une somme de trois francs.

Art. XXIX. — Les cas de force majeure et d'excuse sont toujours laissés à l'appréciation du Conseil d'administration .

TITRE VI. — Conseil de famille.

Art. XXX. — Le Conseil de famille est composé des présidents des différents groupes communaux affiliés. Il est réuni et présidé par le Président de l'Association. Un des secrétaires lui est adjoint.

Art. XXXI.— Il se réunit toutes les fois qu'il est nécessaire et étudie les différends qui peuvent surgir entre membres de l'Association et entre un ou plusieurs membres et un confrère étranger à l'Association.

Art. XXXII. — Toutes les plaintes doivent être adressées au président ou au secrétaire général avec preuves à l'appui. Il ne sera donné aucune suite à des allégations non appuyées de preuves et basées sur de simples racontars d'intermédiaires qui ne seraient pas prêts à en témoigner sous serment ou par écrit.

Art. XXXIII.—Le Bureau délègue immédiatement un syndic chargé de faire une enquête et convoque ensuite le Conseil de famille, et pour être entendus devant lui les confrères en litige. La comparution a lieu successivement ou simultanément suivant qu'il en est décidé par le Conseil. Seront également convoqués tous les témoins indispensables.

Art. XXXIV. — Le Conseil de famille sera constitué en tribunal d'arbitrage amiable et n'entrera en fonctions d'arbitrage qu'après avoir fait signer aux deux parties un compromis d'arbitrage (art. 1001 et suivants du code civil).

Art. XXXV. — Dans le cas où la décision ne donnerait pas satisfaction à l'intéressé, il en sera référé, et cela dans les quinze jours qui suivront la signification de la décision, par lettre recommandée avec avis de réception au Conseil d'administration du syndicat de la Seine ou de Seine-et-Oise, sauf recours à l'assemblée générale disciplinaire et cela dans le même délai.

Passé ce délai la décision sera considérée comme définitive.

Art. XXXVI.— Les décisions du Conseil de famille seront transmises au Conseil d'administration qui jugera si le procès-verbal doit être communiqué par un rapport écrit à l'Assemblée générale. Il nommera dans ce cas un rapporteur.

Art. XXXVII. — Dans le cas où le confrère régulièrement convoqué ne se présenterait pas devant le Conseil ou l'Assemblée générale et ne fournirait pas d'excuses valables, les mêmes pénalités pourront être prononcées par défaut. Elles seront alors valablement notifiées par lettre recommandée, adressée par le président dans les quinze jours suivant le jugement.

Art. XXXVIII.—Les délibérations sur les mesures disciplinaires demeurent secrètes. Les sanctions du 2e degré, prononcées sans appel par l'Assemblée générale disciplinaire seront inscrites au procès-verbal et pourront être publiées sans que l'intéressé puisse de ce chef intenter une action devant les tribunaux contre l'Association ou ses conseils.

Art. XXXIX. — La présence aux réunions du Conseil de famille est rigoureusement obliga-

(1) Les amendes sont surtout destinées à augmenter les ressources de l'Association.

L'OCRÉINE

PRINCIPE ACTIF DE LA SÉCRÉTION INTERNE DE L'OVAIRE

Le rôle et l'utilité de la sécrétion interne de l'ovaire est aujourd'hui un fait acquis et incontesté. Les troubles consécutifs à la castration et ceux qui éclatent à la ménopause, c'est-à-dire dans l'un et l'autre cas lorsque cette sécrétion vient à manquer, en fournissent la meilleure démonstration.

Où localiser cette fonction de l'ovaire ?

Longtemps on a cru que la sécrétion interne était due à l'ovaire tout entier.

On sait, en effet, que la couche corticale de l'ovaire renferme les follicules de Graaf. Chacun de ces follicules contient un œuf ou un ovule. Un de ces follicules s'accroît rapidement, se rapproche de la périphérie de l'ovaire, se distend, se rompt, puis rejette au dehors l'œuf mûr qu'il renferme (ovulation).

Ce follicule subit alors des modifications importantes. Les cellules folliculeuses non expulsées avec l'ovule se transforment en cellules lutéiniques. Ces cellules constituent une masse glandulaire arrondie, de coloration ocracée, désignée sous le nom de corps jaune.

Le corps jaune atteint son développement maximum huit ou dix jours après la ponte. A ce moment apparait le flux menstruel, puis il régresse et s'atrophie rapidement. Chaque mois le cycle recommence jusqu'à la ménopause.

Quelques auteurs, parmi lesquels Prenant, Lebreton, Strobansky, avaient entrevu le rôle spécial du corps jaune. Mais ce fut surtout Frænkel qui par d'intéressantes recherches arriva à montrer que le *corps jaune représente seul la glande à sécrétion interne de l'ovaire.* Les expériences de Lambert récemment communiquées à la Société de biologie (janvier 1907) confirment en tous points cette manière de voir.

Lambert a montré que l'extrait du corps jaune injecté dans le sang était nettement toxique et produisait un abaissement de la tension sanguine, une vaso-dilatation centrale considérable, une action bulbo-médullaire excitante (dose faible) ou paralysante (dose forte).

Au contraire, l'ovaire dépourvu de corps jaune n'est pas toxique et ne possède aucune de ces actions sur les systèmes nerveux et circulatoire.

Rôle physiologique du corps jaune. — « Le corps jaune, dit Frænkel, donne à l'utérus, d'une manière cyclique, une impulsion nutritive grâce à laquelle il s'oppose au retour de celui-ci à l'état infantile et prépare la muqueuse à recevoir l'œuf fécondé. Si l'œuf est fécondé, le corps jaune persiste plus longtemps et conserve toujours la même fonction, qui consiste dans une grande nutrition de l'utérus dont la muqueuse enveloppe l'œuf et lui permet de se développer. Si la fécondation ne se produit pas, le corps jaune amène l'hyperhémie de l'utérus, hyperhémie qui va jusqu'à produire la menstruation : il régresse ensuite. Le corps jaune est donc une petite glande ovarique qui se régénère périodiquement et qui préside à la nutrition de l'utérus depuis la puberté jusqu'à la ménopause... »

Enfin plusieurs auteurs ont attribué au corps jaune un rôle antitoxique et des plus importants dans le métabolisme des organes, au même titre que la thyroïde.

Déductions thérapeutiques. — Les troubles de l'insuffisance ovarienne correspondent à la diminution ou à la disparition de la sécrétion du corps jaune.

Jusqu'ici ils ont été traités par l'ovarine — poudre desséchée d'ovaire — mais avec des résultats inégaux.

Jayle s'exprimait ainsi à ce sujet en 1898 : «L'opothérapie ovarienne peut être suivie d'un échec complet, dans certains cas où elle semblait cependant indiquée, sans qu'il soit possible de donner une bonne explication de ce phénomène ».

L'interprétation de ces faits nous est devenue facile. L'opothérapie ovarienne n'agit que par les principes empruntés aux corps jaunes des ovaires qui ont servi à la préparation. Si l'ovarine n'agit pas, c'est qu'elle ne contient pas toujours ces principes ou qu'elle en contient trop peu. Il ne faut pas oublier que *le corps jaune n'a qu'une existence éphémère et que l'extrait d'ovaire peut n'en pas renfermer du tout, qu'à coup sûr il n'en renferme jamais beaucoup.*

Il est donc indispensable, si l'on veut avoir des résultats constants, de substituer aux incertaines préparations d'ovaire des préparations de corps jaune, et c'est un extrait de corps jaune pur que nous avons préparé tout d'abord sous le nom d'Ocréine.

Tout récemment, nous avons pu isoler le principe actif de cet extrait, et c'est lui qui forme maintenant la base de nos trois préparations d'Ocréine ; pilules, gouttes et ampoules injectables dont l'activité physiologique, toujours égale, s'est encore accrue de ce fait.

Les phénomènes auxquels les injections de corps jaune dans le sang donnent naissance du côté des centres nerveux et de l'appareil circulatoire indiquent quels agents thérapeutiques remarquables ces préparations peuvent être entre les mains du médecin.

Propriétés physiologiques de l'Ocréine. — Toxicité. — La toxicité de l'ocréine est de 0,17 à 0,19 par kilogramme d'animal — voie intraveineuse —. Ces doses amènent rapidement la mort : l'animal présente de l'agitation, de la dyspnée, du tremblement généralisé, des convulsions toniques et cloniques, et meurt enfin par paralysie avec asphyxie.

Action sur l'appareil circulatoire. — Cette action est très intéressante. A la suite d'une injection intraveineuse d'une dose non toxique, on voit se produire une chute lente et progressive de la pression sanguine qui se maintient basse pendant assez longtemps et ne remonte que lentement, pour demeurer inférieure à ce qu'elle était à l'état normal.

Action sur le système nerveux bulbo-médullaire. — L'Ocréine possède une action élective sur le système nerveux. Elle y produit d'abord de l'excitation, dyspnée, ralentissement du cœur ; puis, secondairement, on voit survenir de l'accélération persistante du cœur due à la parésie des noyaux d'origine des nerfs modérateurs.

Action sur la nutrition. — Sous l'influence de l'Ocréine on constate une augmentation constante des matériaux solides éliminés, surtout de l'azote total, de l'urée, de l'acide phosphorique.

Propriétés thérapeutiques. — L'Ocréine est le médicament spécifique de l'insuffisance ovarienne, insuffisance qui se manifeste à la puberté, à l'âge adulte, pendant la ménopause naturelle et opératoire et pendant la grossesse.

INDICATIONS ET DOSES DE L'OCRÉINE GRÉMY

I. **Troubles de la puberté.** — 1 à 6 pilules par jour, 30 à 40 gouttes deux ou trois fois par jour aux repas ou une injection intramusculaire de 2 centimètres cubes tous les deux jours, *jusqu'à disparition des troubles.*

II. **Insuffisance ovarienne.** — 1 à 6 pilules par jour, 30 à 40 gouttes deux ou trois fois par jour aux repas, ou une injection intramusculaire de 2 centimètres cubes tous les deux jours.

III. **Grossesse.** — 1 à 6 pilules par jour, 30 à 40 gouttes deux ou trois fois par jour aux repas, ou une injection intramusculaire de 2 centimètres cubes tous les deux jours.

IV. **Ménopause naturelle.** — 1 à 6 pilules par jour, 30 à 40 gouttes deux ou trois fois par jour aux repas ou une injection intramusculaire de 2 centimètres cubes tous les deux jours.

V. **Ménopause opératoire.** — 4 à 10 pilules par jour, 40 à 60 gouttes deux ou trois fois par jour ou une injection intramusculaire tous les deux jours.

G. Grémy.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

« exemption partielle en « vertu de la loi du 11 juil- « let 1899. Leurs voitures ne « paient donc que demi- « taxe. »

R.—Vous demandez combien vous devez payer pour votre voiture. La voiture paie d'abord un premier droit calculé suivant le nombre de places qu'elle comporte, et la population de la ville où elle est imposée (soit 40 fr. pour une voiture à plus de 2 places pour une commune de 10.000 hab. et au-dessous), et un second droit de cinq francs par cheval ou fraction de cheval.

En outre, ces taxes sont augmentées de 5 % pour le fonds de non valeur.

Dr P. à N.., à « Sou médical».—En exécution de la loi du 15 février 1902, le Préfet de notre département vient de prendre un arrêté sur le service de la vaccination et revaccination.

Les principales dispositions de ce règlement sont les suivantes.

1° Distribution des communes entre les divers médecins d'une façon très inégale, allant même jusqu'à tenir à l'écart quelques médecins mal notés en politique.

2° Au point de vue honoraires :

« Il vous sera alloué pour « frais et indemnités de dé- « placement : 0 fr. 10 par « kilom. parcouru en che- « min de fer, et 0 fr. 50 « par kilom. parcouru par « voie de terre ; plus des « frais de vacations : 6 fr. « par vacations de 3 heu- « res, 12 fr. par demi-jour- « née (2 vacations) et 24 fr. « par journée (4 vaca- « tions).

(Le vaccin étant d'ailleurs fourni gratuitement par l'Institut de Vaccine animale, 8, rue Ballu.)

« A l'issue des séances de « revision, vous aurez à « fournir, s'il y a lieu, les « certificats de vaccination « et revaccination.

3° Il n'est fait aucune distinction entre les sujets à vacciner et à revacciner, au point de vue honoraires, ce qui indique que, dans l'esprit de nos administrateurs, *les vaccinations ou revaccinations doivent être* GRATUITES *pour tous, autant qu'obligatoires*.

Le bureau de notre syndicat m'ayant donné mis-

Suite page X.

toire et toute absence non justifiée comporte une amende de 10 francs.

TITRE VII. — RAPPORTS AVEC LES MÉDECINS ÉTRANGERS A L'ASSOCIATION.

ART. LX. — Tout nouveau médecin installé dans la région sera signalé par un des membres les plus voisins, qui suggèrera le meilleur moyen de l'amener à l'Association. Selon ces indications, le Bureau s'efforcera de lui démontrer les services qui peuvent ainsi lui être rendus et lui indiquer les fautes à éviter. Le secrétaire lui enverra immédiatement un exemplaire des présents statuts.

Jusqu'à ce qu'il se soit prononcé pour ou contre l'entrée dans l'Association et tant que, sciemment, il n'aura pas fait acte de concurrence hostile, le nouveau confrère sera traité avec les mêmes égards que s'il était des leurs.

ART. LXI. — La même attitude sera adoptée envers tout médecin qui, resté en dehors de l'Association, sera d'une absolue correction dans la conduite professionnelle. Mais on devra de plus rechercher son concours, son adhésion dans toute campagne d'intérêt général et s'efforcer de le faire entrer dans l'Association.

ART. LXII. — Avec tout médecin qui installé depuis deux mois, n'aura pas visité ses confrères voisins, aura refusé, en pleine connaissance de cause, d'entrer dans l'Association pour pratiquer la concurrence au lieu de la solidarité, les membres réduiront les relations professionnelles au strict minimum imposé par l'humanité et l'intérêt des malades. Aucun ne devra accepter d'être son aide, son consultant ou son collaborateur d'une façon habituelle. Il indiquera, quand il cèdera à l'urgence et au sentiment d'humanité, que c'est à l'appel du malade qu'il a répondu et dans la collaboration exceptionnelle qu'il lui faudra subir, il bornera son attitude à l'absolue correction déontologique. De plus, contre le médecin mauvais confrère en question, les membres de l'Association pourront être déliés, par un vote d'une Assemblée générale, de tous les égards et de toutes les obligations qui doivent être observés envers ceux qui font passer la dignité professionnelle avant la concurrence commerciale.

ART. LXIII. — Toute dérogation à une prescription des trois articles précédents est un cas à soumettre au Conseil de famille afin qu'il y soit fait application des sanctions prévues à l'article XIV des statuts.

LA SEMAINE MEDICALE

Les bienfaits de l'iodure

A l'occasion d'une très complète observation sur un cas de sinusite maxillaire et frontale très tenace, M. le Dr ROY insistait récemment, dans une séance de la société médicale du Ve arrondissement de Paris, sur les inappréciables bienfaits de l'iodure.

Il s'agissait d'une dame de 40 ans, atteinte de violentes douleurs frontales, d'incapacité absolue de s'appliquer à tout travail, d'odeurs insupportables et d'évacuations nasales fétides tous les matins. L'interrogatoire et l'exploration directe montrèrent qu'il s'agissait d'une sinusite invétérée.

M. le Dr Roy pratiqua la trépanation du sinus maxillaire du côté malade.

« L'orifice fut, après un lavage sérieux, bouché par un obturateur en caoutchouc, qui, retiré deux fois par jour, permettait à la malade de pratiquer elle-même une grande irrigation de son sinus maxillaire. L'état général de la malade s'améliora sensiblement, les maux de tête disparurent *en partie*, les mauvaises odeurs persistèrent avec une intensité moindre, mais ne disparurent jamais complètement. « Sur ces entrefaites, les mêmes troubles se produisirent au niveau du sinus maxillaire droit. La trépanation alvéolaire proposée fut aussitôt acceptée par la malade et pratiquée quelques jours après. Le pus était beaucoup moins abondant que du côté gauche et surtout beaucoup moins fétide. A la suite de quelques lavages, l'odeur disparut et l'écoulement ne tarda pas à diminuer dans de telles proportions qu'un mois après l'opération, je la considérais comme guérie. Mais le sinus gauche continuait pendant ce temps à suppurer malgré les irrigations et les lavages des fosses nasales. Je portai le diagnostic de sinusite frontale gauche, réinfectant le sinus maxillaire sous-jacent qui, selon moi, ne servait que de réceptable. La malade avait, du reste, l'habitude de se coucher sur son côté gauche. Avant de proposer cette dernière intervention, je procédai à un nouvel examen approfondi de la malade et je constatai au niveau de la racine du nez, se dirigeant vers l'angle interne de l'œil gauche, un *très léger* empâtement qui me fit mettre la malade, avant de tenter une intervention radicale, au traitement ioduré, sans grande foi, je dois l'avouer.

« Je fus confirmé en outre, dans mon idée, une fois le traitement institué, par l'examen du fils de la malade âgé de 7 ans : l'enfant présentait tous les stigmates de l'hérédo-avarie, crâne natiforme, dents d'Hutchinson, voûte palatine ogivale. Je lui formulai donc une solution d'iodure de potassium contenant 1 gramme d'iodure par cuillerée à bouche, dont elle devait prendre deux à trois cuillerées par jour. Le cinquième jour de ce traitement, les douleurs de tête cessèrent complètement, la malade se remit à ses travaux de couture bien délaissés depuis ces deux ans de souffrances à peine calmées par les interventions classiques. Les jours suivants, absence de douleurs, sensation de tête légère, la figure redevient plus éclairée. L'examen objectif est non moins surprenant: l'odeur dégagée par le pus du sinus et s'exhalant des fosses nasales a disparu ; j'ai laissé l'orifice alvéolaire se refermer. Pendant le traitement, la muqueuse ne fut le siège d'aucune congestion, et il n'y eut pas trace d'hydrorrhée ni de larmoiement.

« En présence de ce cas étrange, sans avoir pu trouver chez la malade la moindre trace de spécificité, dans cette affection banale et du domaine courant de notre spécialité qu'est la sinusite ma-

xillaire, soit primitive, soit consécutive à une sinusite frontale, le traitement médical spécial a donné un résultat radical, alors que tous les actes chirurgicaux antérieurs sont restés vains.

« Je n'ai nullement l'intention de tirer une conclusion d'un fait particulier, sauf cependant celle que vous connaissez tous déjà, que l'iodure est une véritable mine à surprises et que l'on a le devoir d'y toujours recourir dans les cas douteux ou désespérés. »

La Saïodine

M. le Dr Van der Haghen nous a communiqué récemment une très suggestive observation sur les bons effets de la saïodine.

« Mme J. V..., 30 ans, neuro-arthritique, habitait depuis six ans une maison située au fond d'une vallée, exposée par cette situation même à l'influence de l'humidité et des brouillards. Quelques mois après son installation, la malade ressentit dans le côté droit des douleurs atroces, survenant par crises à allures paroxystiques, sur tout le territoire des nerfs intercostaux. Un examen approfondi fit reconnaître qu'il ne s'agissait nullement d'une affection hépatique ou rénale, mais bien de névralgies rhumatismales, coïncidant avec des états plus humides de l'atmosphère.

Les médications les plus variées furent employées, mais vainement.

La malade fit une saison à Aix-les-Bains sans en retirer un grand bénéfice.

C'est alors que je reçus un échantillon de Saïodine Bayer, dont je donnai un gramme tous les jours. Il y eut une amélioration rapide ; et une série de trois mois s'écoula sans que la malade ressentît le moindre phénomène douloureux, même les jours de tempête, ce qui ne s'était jamais présenté depuis six ans.

Malheureusement, l'accoutumance se produisit vite chez notre malade. Je fus obligé, après des séries forcées d'interruption du médicament, d'en augmenter la dose. Malgré cela, pas le moindre accident d'iodisme.

La malade continue actuellement son traitement, et s'en trouve toujours très satisfaite.

La radiothérapie contre les adénopathies tuberculeuses

Parmi les manifestations locales de la tuberculose, les adénopathies sont celles contre lesquelles nous sommes le plus désarmés. Jusqu'à présent, comme traitement local, nous en avons été réduits aux applications de teinture d'iode et de pommades diverses qui n'ont souvent d'autre effet que de détériorer la peau ordinairement saine qui recouvre ces tumeurs.

Le traitement général par l'arsenic, l'huile de foie de morue, le séjour à la mer, a certainement une action salutaire et efficace ; mais les modifications sont lentes à se produire, et il faut beaucoup compter sur l'assistance de deux autres facteurs adjuvants : le temps et la croissance.

Dans certains cas, pour des formes particulièrement monstrueuses ou rebelles, on a été amené à tenter les interventions chirurgicales. Elles ont donné quelques bons résultats ; mais outre qu'elles sont fort redoutées des enfants et de leur entourage, elles ne sont pas toujours à l'abri de défectuosités esthétiques.

Diverses applications électriques ont été essayées aussi sans résultat.

« Les récentes recherches sur l'action des rayons X dans les leucémies, la démonstration expérimentale de l'action destructive de ces radiations sur le tissu lymphoïde faite par Heineke, ont amené naturellement à tenter la cure radiothérapique de ces adénopathies chroniques et rebelles. »

Les premiers essais datent de 1905 ; ils sont dus à Bergonié, de Bordeaux. M. le Dr Barjon, de Lyon, rapporte, dans le *Lyon médical*, les résultats que lui a fournis la radiothérapie.

Ce qui a été obtenu jusqu'à ce jour permet d'espérer que cette méthode de traitement deviendra un adjuvant précieux pour un grand nombre d'adénopathies chroniques, et pourra même, dans certains cas, agir avec la sûreté d'un spécifique.

En effet, sous l'influence des irradiations, on voit les adénopathies fondre peu à peu, et parfois disparaître complètement dans les cas les plus favorables. L'action se porte tout d'abord sur la gangue de périadénite qui entoure les amas ganglionnaires et les agglomère en une seule masse. Cette gangue disparaît vite et les ganglions s'individualisent. A ce stade, la régression devient plus lente, les petites tumeurs diminuent peu à peu de volume, durcissent, deviennent fibreuses, et tantôt disparaissent, tantôt laissent une sorte de résidu fibreux, dur, roulant sous le doigt, qui finit ordinairement pas disparaître après quelques mois. Dans les formes monstrueuses ou celles qui résistent davantage, on peut arriver, sinon à faire disparaître la tumeur, du moins à la réduire et à la rendre plus facilement opérable, s'il est encore utile ou nécessaire d'intervenir. Le résultat favorable est obtenu habituellement en huit à douze séances. Mais les séances doivent être espacées méthodiquement si l'on veut éviter la radiodermite. Elles sont échelonnées suivant les cas sur une durée de deux, trois ou quatre mois.

Les choses se passent de cette façon quand le traitement est appliqué de bonne heure. Souvent soit négligence, soit crainte d'intervention, les malades ne se présentent que lorsqu'un ou plusieurs ganglions ont déjà subi un commencement de ramollissement. Dans ce cas, la radiothérapie agit sur ces derniers en provoquant rapidement leur suppurration. Une petite ponction pratiquée à ce moment permet au ganglion de se vider et la continuation du traitement tarit ordinairement assez vite la fistule et provoque une guérison complète sans cicatrice bien apparente.

Dans les formes déjà suppurées, la radiothérapie a encore une action favorable. Elle active la fermeture de ces trajets fistuleux, qui persistent parfois si longtemps, et remédie, dans la mesure du possible, aux cicatrisations vicieuses si fréquentes après l'ouverture spontanée. Ces ganglions suppurés se vident d'une façon absolument complète et ne laissent même pas le résidu fibreux qui persiste si souvent après la régression des ganglions non suppurés.

Le résultat immédiat serait donc presque meilleur, mais on doit toujours compter, dans ce cas, avec les cicatrices vicieuses qu'on évite quand le traitement est institué à temps.

Au point de vue de l'état général, on n'a noté habituellement aucun mauvais effet. Parallèle-

ment aux modifications locales, l'état général s'améliore sensiblement et les malades engraissent. Du reste, on ne doit pas interrompre l'huile de foie de morue, le sirop iodotannique, l'arséniate de soude.

Les conclusions de M. Barjon sont les suivantes : « La méthode est appelée à rendre de grands services dans la tuberculose ganglionnaire, où les moyens thérapeutiques sont très limités. Elle peut donner des résultats brillants ; elle peut, aussi, rester inefficace. En tout cas, maniée avec prudence, je la crois sans danger. On n'a jamais observé, au cours de son application, comme dans certaines formes de cancer, ni phénomènes métastatiques, ni retentissement fâcheux sur l'état général.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker : M. le Professeur ALBARRAN.

Les conditions opératoires en chirurgie des voies urinaires.

(*L'épreuve du bleu de méthylène*).

Toute opération sur les voies urinaires est commandée par deux ordres de conditions : les unes sont les conditions ordinaires de la chirurgie générale ; les autres sont des conditions particulières à la région et aux organes sur lesquels porte l'acte opératoire.

En chirurgie des voies urinaires, nous avons affaire à différentes catégories de sujets. Souvent il s'agit de malades âgés. Il est indispensable, en pareil cas, de s'informer de plusieurs choses. On doit d'abord examiner le cœur, qui est fréquemment scléreux, prêt aux défaillances, et le système artériel qui, atteint d'athérome et rigide, est la source de troubles circulatoires. Il convient de tenir compte de cette insuffisance cardio-vasculaire au point de vue de la chloroformisation et de la position à donner au patient : si, par exemple, on a constaté un cœur scléreux avec bruit artériel râpeux, on ne placera pas l'opéré dans la position de Trendelenburg, sous peine de voir survenir une hémorragie cérébrale.

Vous examinerez soigneusement, ensuite, l'appareil respiratoire. Vous savez combien le catarrhe chronique des bronches et la stase pulmonaire sont communs chez les vieillards. Si vous avez à opérer une personne âgée atteinte d'affection broncho-pulmonaire chronique, prenez garde. Il se produit facilement, alors, par le simple séjour au lit, des phénomènes d'hypostase et, sur ce poumon déjà préparé, la moindre infection retentit plus gravement. C'est ainsi que l'on voit mourir — d'accidents pulmonaires — des opérés de prostatectomie. Informez-vous toujours, par conséquent, de l'état des poumons, de l'hypostase possible, et donnez au sujet des soins appropriés (position redressée du thorax, ventouses, etc.). Rappelez-vous que la broncho-pneumonie est une des manifestations les plus fréquentes de l'infection, chez les opérés des voies urinaires.

Vous devez aussi vous informer de l'état des organes digestifs. Il existe, vous le savez, des dyspepsies dites urinaires, dues à un processus toxique et infectieux. Souvent en outre, ces malades sont des constipés et vous pourrez observer, chez eux, à la suite d'actes opératoires, des signes de paralysie intestinale, du tympanisme abdominal, en particulier. Cette dyspepsie urinaire et cette atonie intestinale sont importantes à connaître : considérez comme un symptôme sérieux le météorisme accusé, chez les vieillards, après une intervention chirurgicale sur les voies urinaires.

A côté des vieillards, vous aurez affaire dans bien des cas à une autre catégorie de malades : les arthritiques, qui sont en quelque sorte des sujets au-delà de leur âge et qui se rapprochent, de cette manière, des vieillards.

Les arthritiques offrent communément des altérations cardiaques, digestives et nerveuses. J'ai vu quelquefois, chez des patients de cette catégorie, à la suite de simples instillations vésicales, se produire de l'oligurie, de l'anurie complète même, des intermittences cardiaques, etc., d'origine nerveuse.

Voilà donc une série d'individus, vieillards, arthritiques, chez lesquels un examen général minutieux s'impose.

Envisageons maintenant l'examen des fonctions rénales.

Toutes les fois que l'on a à intervenir sur un point quelconque des voies urinaires, il est une question qui se pose toujours et qui est la suivante : comment fonctionne l'appareil rénal ? Supposez une tumeur de la vessie, une lésion prostatique. Non seulement le malade qui en est atteint peut avoir le rein altéré par une des causes morbides ordinaires, mais aussi par une infection ascendante. L'exploration des fonctions rénales est toujours nécessaire en pareille circonstance. C'est parce qu'on la néglige trop que l'on observe parfois en chirurgie urinaire, des désastres qui pourraient être évités.

Lorsque vous avez à pratiquer une opération sur les organes urinaires, qu'elle s'adresse ou non au rein, vous devez vous assurer de l'état général du malade et de l'état fonctionnel de ses reins. Si vous opérez sur un seul rein, vous devez rechercher l'état du rein opposé. C'est dire qu'il vous faut connaître les méthodes qui permettent d'apprécier l'état fonctionnel d'un seul ou des deux reins. Je voudrais, dans cette leçon commencer à vous décrire les procédés en question les plus simples, en montrer la valeur. Ces procédés sont nombreux. Ceux utilisés dans la pratique courante se réduisent à trois principaux, qui sont : l'analyse chimique de l'urine, l'épreuve de l'élimination provoquée dont le type est l'élimination du bleu de méthylène, et l'analyse physique de l'urine, la cryoscopie. Lorsque vous avez exploré les fonctions urinaires par ces trois méthodes, vous êtes à même d'apprécier l'état de la fonction rénale chez votre patient.

Je ne m'étendrai pas sur l'analyse chimique. Je me bornerai à dire que, dans l'analyse chimique, il convient de rechercher quatre choses, la quantité d'urine rendue en 24 heures, l'urée, les chlorures et l'albumine.

Au point de vue de la quantité d'urine, souvent nos malades ont de la polyurie Au point de vue de l'urée, retenez ceci : on donne comme chiffre classique normal 30 grammes d'urée ; or, chez le vieillard, le chiffre normal est infiniment moindre et vous pouvez considérer 15 à 16 grammes comme non pathologiques. Chez les sujets de 65 à 70 ans, ce n'est qu'au-dessous de 14 ou 15 grammes que vous concluerez à l'anormal. Chez les sujets de 40 ans, 18 et 20 grammes sont des quantités encore satisfaisantes.

Pour ce qui concerne les chlorures, le vieillard les élimine bien et le chiffre normal va de 8 à 10 grammes. Une diminution descendant à 4 ou 5 grammes par jour est toujours inquiétante, chez les vieillards aussi bien que chez les individus plus jeunes.

Deux mots sur l'albuminurie. Elle a ceci de particulier : elle n'est jamais très intense dans les lésions chirurgicales du rein. Si la dose d'albumine dans l'urine dépasse 1 gramme ou 1 gr. 50, vous devrez penser que la lésion chirurgicale n'est pas seule en cause : il y a autre chose, une néphrite médicale. Ordinairement, l'albumine, dans les affections chirurgicales du rein, ne dépasse guère 0 gr. 50 ou 0 gr. 80.

En résumé, l'analyse chimique doit comporter l'étude de l'urée, des chlorures, de l'albumine. Rappelez-vous que, chez les vieillards, l'urée diminue normalement jusqu'à 15 ou 16 grammes ; qu'une diminution des chlorures est, par contre, toujours morbide, et qu'une albuminurie au-delà de 1 gr. ou 1 gr. 50 doit éveiller votre attention, qu'elle n'appartient pas, habituellement, aux affections uniquement chirurgicales du rein.

J'arrive à l'épreuve de l'élimination provoquée. Elle consiste, vous le savez, à injecter sous la peau des substances spéciales, qui passent dans l'urine et peuvent ainsi permettre de mesurer la perméabilité du filtre rénal. Le rein n'est pas également perméable à toutes les substances ; d'autre part, certains reins laissent passer certaines substances, d'autres reins d'autres substances. Par conséquent, chaque essai nous renseigne seulement sur la perméabilité d'un rein donné pour une substance donnée. Vous verrez des reins éliminer bien le bleu de méthylène, d'autres éliminer bien l'iodure de potassium. Ne pouvant pas employer toutes les substances éliminables, on en choisi une qui mesure, en général. d'une manière assez satisfaisante, la perméabilité rénale. On obtient ainsi une donnée qui, à la vérité, n'a rien d'absolu et qui ne saurait suffire entièrement à caractériser l'état de la fonction rénale : il sera, dès lors, toujours nécessaire d'associer cette méthode aux autres.

Cela dit, voici quelle est la technique de l'épreuve du bleu de méthylène. On prend une solution de bleu à 5 0/0, stérilisée à 110°, à l'autoclave. Il ne faut pas stériliser à une trop haute température car, dans ce dernier cas, l'élimination peut être troublée et même se faire irrégulièrement. Il existe, en effet, des bleus qui s'éliminent mal. A l'hôpital Dubois, je fus, une fois, fort étonné de trouver toute une série de malades chez lesquels l'élimination du bleu de méthylène était mauvaise. Voulant avoir une épreuve de comparaison, j'injectai le bleu employé à un sujet sain et le résultat fut identique. Il s'agissait d'une solution qui avait été stérilisée à une trop haute température et qui, de ce fait, s'éliminait mal. Il faut faire attention à ce détail et s'en souvenir lorsque l'on voit les autres phénomènes ne pas être concordants avec l'épreuve du bleu.

On injecte donc un centimètre cube du liquide, profondément, dans les muscles de la fesse. L'injection sous-cutanée est moins bonne, parce qu'elle tarde à se résorber. Vous recueillerez les urines, soit naturellement, soit par sondages, au bout d'une demi-heure, puis une demi-heure après, puis toutes les heures pendant 5 ou 6 heures puis toutes les quelques heures. Les prélèvements les plus importants sont ceux des premières heures.

Cinq éléments sont à envisager : 1° le début de l'élimination; 2° son intensité ; 3° son rythme; 4° sa durée; 5° la fin de l'élimination.

Quand commence l'élimination du bleu chez les sujets normaux ? Dans la deuxième demi-heure, habituellement, plus rarement à la fin de la première. L'élimination augmente ensuite de manière à acquérir son maximum vers la troisième ou quatrième heure; elle se maintient alors pour baisser vers la 8e ou 10e heure et disparaître au bout de 48 heures, parfois de 50 à 60 heures.

Vous verrez quelquefois un début un peu tardif de l'élimination, se faisant à la 2e ou 3e heure. En règle générale, ce retard indique une perméabilité rénale moindre, mais ceci n'a rien d'absolu. De tels retards peuvent s'observer avec des reins sains, surtout chez les névropathes. Je les ai constatés, à plusieurs reprises, dans des cas de reins mobiles sains. Néanmoins, l'élimination retardée reste un bon symptôme de la diminution de la perméabilité rénale.

A côté du début retardé, il y a le début précoce de l'élimination, se faisant après 10 ou 15 minutes. Cette éventualité est rare et anormale. En pareille circonstance, méfiez-vous : ordinairement une affection médicale est en cause, une néphrite épithéliale en particulier, avec un épithélium du rein laissant passer trop vite le bleu.

L'intensité de l'élimination est, de beaucoup, son caractère le plus important. Pour apprécier cette intensité, on peut utiliser le procédé de Achard qui consiste à réunir tout le bleu éliminé dans les 48 heures et à le doser : normalement, on doit retrouver la moitié environ du bleu injecté. Mais le dosage en question est difficile et ennuyeux. Vous avez à votre disposition un procédé plus simple. J'ai établi avec M. Bernard une échelle de colorations que j'ai indiquées par les qualificatifs de nulle, minime, moyenne et forte. J'ai fait construire, en outre, un petit colorimètre composé de flacons contenant des liquides de coloration graduée, avec lequel on peut apprécier la teinte de l'urine. C'est là un moyen suffisant en clinique ; on peut, d'ailleurs, se contenter de la simple vue.

Lorsque l'intensité de la coloration est bonne, et bonne dans un délai normal, vous conclurez que les reins éliminent bien et facilement. Il existe, cependant, des irrégularités qu'il convient de connaître. Ainsi on a rencontré l'absence d'élimination chez des individus normaux. Il est des sujets chez qui le bleu ne s'élimine pas : le fait a été observé chez certains typhiques, par exemple. Ce sont là, il est vrai, des cas exceptionnels, et, presque toujours, l'absence d'élimination indique des lésions rénales graves. Il y a de plus, d'une façon générale, proportionnalité entre l'élimination et l'état des reins : forte élimination signifie reins

bons; élimination moyenne, reins moyens, etc., — sauf exceptions.

Quelques particularités méritent d'être mentionnées :

On peut constater quelquefois une élimination faible avec des reins relativement bons, dans la pyélo-néphrite en particulier.

L'élimination forte indique de bons reins, du moins quant aux affections d'ordre chirurgical. Dans certaines affections d'ordre médical, en effet, on voit des éliminations fortes avec des reins altérés, des reins à filtre inverse, atteints de néphrite épithéliale.

Il faut savoir également que l'élimination n'a pas lieu seulement sous forme de bleu, mais aussi sous une autre forme, celle de chromogènes d'élimination. Ces chromogènes ne colorent pas l'urine, mais si, dans une urine qui en renferme, on ajoute quelques gouttes d'acide acétique et que l'on fasse bouillir, l'urine devient bleue. La valeur de ces chromogènes n'est pas définie : on sait seulement qu'ils existent dans des cas normaux et dans des cas pathologiques (dans les pyélo-néphrites entre autres). On ignore, en somme, la signification précise de cette élimination en chromogène ; toutefois, elle n'est pas un indice aussi favorable que l'élimination en bleu : mieux vaut du chromogène que rien, mais mieux vaut du bleu que du chromogène.

Quel est le rythme, la marche de l'élimination du bleu ? Normalement, les quantités de bleu éliminées mises en diagramme, donnent une courbe régulière qui a une ascension, un plateau, une descente. Vous observerez quelquefois une courbe polycyclique, l'urine ayant alternativement une teinte bleue, puis claire. Ces phénomènes de polycyclisme se rencontrent dans des conditions variées, dans certaines maladies du foie (Chauffard), dans certaines néphrites interstitielles, dans des affections nerveuses et enfin, comme je l'ai montré, dans certaines hypertrophies compensatrices du rein. Au point de vue urinaire, ce n'est pas un mauvais signe.

Nous avons à considérer, en quatrième lieu, la durée de l'élimination. On a cru assez longtemps que l'élimination prolongée était en rapport avec de l'imperméabilité rénale. Dans mes recherches avec M. Bernard nous avons vu que cette opinion n'était pas très fondée. Il est des sujets qui éliminent le bleu pendant 4, 6, 8 jours. On observe cette longue durée de l'élimination dans les cas de sclérose rénale accentuée et aussi dans des cas où il n'y a pas de sclérose rénale. La valeur de cet élément n'est pas bien grande.

Reste, enfin, à envisager la forme de l'élimination. Je vous ai parlé de l'élimination sous forme de bleu et sous forme de chromogènes. Ce n'est pas tout. A côté des chromogènes d'élimination, il existe des chromogènes de fermentation. L'urine bleue abandonnée à elle-même, devient alcaline et claire. Toutes les fois que l'urine est alcaline, et n'est pas bleue, on pensera aux chromogènes de fermentation. Pour reconnaître ces urines décolorées par fermentation, il suffit de les agiter, de façon à faire pénétrer dans leur masse un peu d'oxygène : le bleu revient, se régénère. Ce phénomène, la décoloration de l'urine par son alcalinité, ne signifie rien, évidemment, au point de vue rénal.

Considérons maintenant, dans son ensemble, la valeur clinique de l'épreuve du bleu de méthylène. Tout d'abord, les indications que procure l'épreuve du bleu n'ont rien d'absolu. Ainsi, comparés 51 fois aux données de l'analyse chimique, ses résultats ont été concordants 31 fois ; ils ont présenté une certaine discordance 12 fois et une discordance nette 12 autres fois. Par conséquent, il ne faut pas attacher une importance absolue à l'épreuve du bleu, pas plus d'ailleurs qu'à aucun des autres procédés d'appréciation des fonctions rénales. Cette épreuve n'indique, en somme, qu'approximativement l'état des fonctions rénales. Elle doit s'ajouter aux autres méthodes (analyse chimique, cryoscopie) : c'est de la concordance de ces diverses données que l'on tirera des déductions.

Le bleu, d'autre part, n'étudie que la fonction rénale dans sa totalité. Il ne permet pas d'établir si un seul ou les deux reins sont malades. On a bien dit que, si le bleu est normal, un des deux reins au moins est sain. C'est là une opinion inexacte. Même avec des lésions rénales doubles, on peut avoir une élimination de bleu. Supposez une tuberculose rénale avec les 3/4 des reins détruits, l'autre quart conserve sa fonction, il peut même être atteint d'une forme de néphrite, qui exagère l'élimination. Je vous citerais facilement des observations où, malgré des lésions des deux reins, on avait une bonne élimination du bleu.

Cela ne veut pas dire que l'épreuve du bleu n'offre pas de grands avantages mais, je le répète, sa valeur n'est pas intangible. Le clinicien doit se baser sur la concordance des divers procédés d'exploration : ici, comme toujours, il ne faut pas donner à une méthode plus de signification qu'elle n'en comporte.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Traitement des atrophies musculaires consécutives aux épanchements articulaires.

M. Berger présente un rapport sur un mémoire de MM. *Rochard* et *de Champtassin* intitulé : du traitement des atrophies musculaires consécutives aux épanchements articulaires (et en particulier à l'hydarthrose) par la méthode du travail des muscles avec progression des résistances.

Dans le traitement des épanchements articulaires, dit M. Berger, on emploie généralement l'immobilisation jointe à la compression de l'articulation. Beaucoup de chirurgiens font précéder ce traitement d'une ponction aspiratrice qui abrège très notablement sa durée. Puis, quand on se croit suffisamment garanti contre le retour de l'épanchement, on s'efforce de faire disparaître les atrophies musculaires et de triompher des raideurs. On a recours le plus souvent, pour cela, au massage, aux mouvements communiqués graduellement, à l'électrisation, à la gymnastique suédoise et à la mécanothérapie. Cette dernière partie du traitement est longue, les tentatives thérapeutiques étant fréquemment arrêtées par des réapparitions de l'épanchement.

M. Rochard part d'un point de vue un peu différent. Il estime qu'il faut s'adresser principale-

ment aux muscles et que l'on peut agir, par leur intermédiaire même, sur l'état de l'articulation. Pour lui, le retour de l'intégrité musculaire hâte la résorption du liquide de l'hydarthrose, le relâchement des sangles tendineuses et ligamenteuses des articulations étant une des causes principales de la persistance et des rechutes des épanchements.

MM. Rochard et de Champtassin préconisent des exercices méthodiques des muscles, analogues à l'« entraînement athlétique », c'est-à-dire des contractions triomphant de résistances calculées, progressivement accrues à mesure que la force des muscles augmente. De cette manière, la fibre musculaire se développe, s'hypertrophie, pour recouvrer son volume normal. Pratiquement, ces auteurs emploient un appareil composé d'une poulie de réflexion par l'intermédiaire de laquelle le sujet, assis sur un fauteuil ou couché sur un lit, agit verticalement ou horizontalement sur des poids progressivement gradués qu'il soulève, de façon, quand il s'agit par exemple d'une affection articulaire du genou, à ramener le membre à l'extension.

Tout en confirmant les bons effets de cette méthode pour le rétablissement de la force musculaire dans un temps très rapide (2 à 3 semaines), M. Berger fait des réserves sur sa valeur contre les épanchements articulaires. Il voudrait aussi voir définir ses indications. Un tel traitement serait imprudent avant que tout état aigu inflammatoire soit calmé. De même on ne saurait y avoir recours, à la suite des traumatismes des articulations (contusions, entorse, hémarthroses), qu'après avoir ponctionné l'épanchement et fait quelques heures ou quelques jours de compression.

En un mot, ce procédé de travail musculaire par les poids, avec progression des résistances, vient prendre place parmi les autres moyens de reconstitution des muscles (massage, gymnastique suédoise, mécanothérapie, etc.). Il a pour lui, tout au moins, sa simplicité, son réglage facile et sa précision.

Le paludisme à Madagascar.

M. Kermorgant fait une étude d'étiologie et de prophylaxie sur l'épidémie de paludisme qui a sévi sur les Hauts-Plateaux de Madagascar en 1906. Les causes de cette épidémie sont la pullulation, dans les rizières, pendant la saison des pluies, des *anopheles*, insectes vecteurs de l'hématozoaire, qui s'infectent sur les paludéens, et de plus les mauvaises conditions hygiéniques, l'alimentation insuffisante des indigènes.

Dans la lutte contre le paludisme, on ne peut guère, ici, compter sur la destruction ou la préservation des anopheles ; il est impossible de pétroler les rizières dont le pays tire sa subsistance, et la protection mécanique des habitations par les toiles métalliques est très difficile. Tout cela, d'ailleurs, entraînerait des dépenses trop considérables. Les deux armes conseillées par M. Kermorgant sont, d'une part l'amélioration de l'état de misère physiologique de la population, et d'autre part la quinothérapie curative et préservatrice : distribuer *larga manu* le sulfate de quinine est le meilleur moyen d'amender le fléau.

M. R. Blanchard montre qu'il serait possible et très avantageux de cultiver le quinquina dans certaines régions de Madagascar, ce qui permettrait de faire une distribution abondante et peu coûteuse de quinine aux habitants. Une colonie telle que Madagascar, dit-il, devrait produire la quinine nécessaire non seulement à ses propres besoins mais encore à ceux de la métropole et de nos autres possessions.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La rétention du glycose chez les diabétiques.

M. Marcel Labbé présente un travail sur la rétention du glycose dans l'organisme chez les diabétiques.

Si l'on fait ingérer, dit-il, à un diabétique, une quantité d'aliments hydrocarbonés supérieure à sa tolérance, c'est-à-dire supérieure à ce qu'il utilise, on voit apparaître, *mais au bout de quelques jours seulement*, la glycosurie et les symptômes du diabète. Pendant ces quelques jours d'attente, il se produit une rétention, une accumulation du glycose dans le sang (hyperglycémie) et dans les tissus (hyperglycistie, de υπερ, au-dessus ; γλυκος, sucre ; στυς, tissu). Chez certains diabétiques qui n'ont pas encore été soignés et dont l'hyperglycistie s'est constituée lentement et longuement, la rétention du glycose peut atteindre des proportions considérables, 5 à 6 kilogr. parfois.

Cette notion de la rétention du glycose, de l'hyperglycémie et de l'hyperglycistie, permet de comprendre l'évolution symptomatique du diabète et le mécanisme des régimes. Sous l'influence d'une alimentation trop riche en hydrates de carbone, une rétention de glycose se fait dans l'organisme et augmente progressivement. Les symptômes du diabète n'éclatent pas du jour au lendemain ; ils se démasquent lentement, lorsque la rétention a acquis un degré suffisant. La glycosurie est le premier symptôme ; elle commence quand le taux du sucre dans le sang atteint 2 p. 1000. La polydipsie et la polyurie se montrent ensuite, quand la saturation des humeurs et des tissus par le sucre nécessite une dilution par l'eau de boisson. La polyphagie est plutôt en rapport avec le degré de la tolérance ; elle apparaît lorsque celle-ci baisse, lorsque le diabétique, moins apte à brûler les hydrates de carbone, doit prendre un supplément d'albumine et de graisses pour maintenir sa ration énergétique.

Cette notion de la rétention du glycose explique également pourquoi le régime hypo-carboné (inférieur à la tolérance), le régime de cure pour mieux dire, ne fait cesser la glycosurie et les symptômes du diabète qu'après un temps plus ou moins long, une fois que le glycose accumulé a été éliminé. Il ne faut donc pas, en principe, demander au régime un résultat immédiat ; la cessation de la glycosurie peut se faire attendre durant des mois.

La rétention du glycose chez les diabétiques, ajoute M. Labbé, rappelle ce qui se passe chez les brightiques où la rétention des chlorures mal éliminés par les reins est le point de départ d'une série de troubles. Elle indique en outre que, dans le traitement du diabète, il faut chercher les médications capables de favoriser l'élimination du sucre, d'exagérer au besoin la glycosurie, et redouter au contraire les médications qui, comme l'antipyrine, diminuent l'élimination urinaire du glycose et favorisent la rétention.

La notion de la rétention du glycose s'applique aussi aux diabétiques avec dénutrition, chez qui

la glycosurie a pour origine, non seulement les hydrates de carbone alimentaires mais encore les albumines et les graisses de l'alimentation et des tissus. Toutefois, dans ces cas, on n'arrive plus, par le seul régime hypoglycosique, à faire cesser la glycosurie — et cela se conçoit aisément.

Dans le traitement du diabète sans dénutrition, c'est la quantité d'hydrates de carbone ingérés qui importe le plus : tout régime hypoglycosique est bon. Connaissant la tolérance réelle du diabétique — tolérance mesurée, d'ailleurs, par l'épreuve du régime — on pourra constituer un régime hypoglycosique convenable, variable selon les malades. Ainsi, le régime lacté, bon chez un diabétique à tolérance assez forte est nuisible chez un diabétique à tolérance faible.

M. Barth pense également que les médications qui font baisser le sucre urinaire ne sont pas toujours les meilleures. Il a vu plusieurs malades chez lesquels l'antipyrine, par exemple, produisait une aggravation fonctionnelle tout en réduisant beaucoup le taux de la glycosurie.

Méningites zonateuses

MM. Chauffard et Rendu ont observé un cas de méningite apparue tardivement, vers le 6e ou 7e jour d'un zona ophtalmique. Cette méningite fut caractérisée par une céphalée très intense, de la raideur de la nuque, et une lymphocytose extrêmement abondante du liquide extrait par ponction lombaire. Elle a guéri après 8 à 10 jours de durée.

Ce cas vient s'ajouter à un autre similaire, publié par MM. Chauffard et Rivet en 1905, compliquant un zona thoraco-abdominal.

Ces méningites zonateuses, dont il est difficile actuellement de préciser la fréquence, seraient dues à une infection qui, très probablement, suit le trajet des racines postérieures. Leurs réactions cliniques paraissent assez légères et fugaces.

Le phénomène de la raie blanche et les lésions des capsules surrénales.

A plusieurs reprises déjà, M. Sergent a attiré l'attention sur un phénomène particulier, dit *signe de la raie blanche*, qui offrirait une certaine valeur séméiologique dans le diagnostic des différents syndromes d'insuffisance surrénale. Ce signe consiste en l'apparition d'une ligne, d'une raie, d'une trainée blanche, par le frottement du doigt ou de l'ongle sur la peau.

MM. Siredey et Tinel présentent une observation qui confirme la valeur séméiologique de ce phénomène. Chez un malade atteint de méningite tuberculeuse avec granulie pulmonaire, en cherchant à provoquer sur l'abdomen l'apparition de la raie méningitique, ils ont obtenu, au contraire, le phénomène de la raie blanche. Ils furent amenés, en raison de ce signe, à soupçonner une lésion surrénale, ce que confirma l'autopsie. Ils constatèrent des tubercules dans les capsules.

M. Queyrat fait remarquer que, chez nombre de sujets, des neuro-arthritiques en général, on peut trouver la raie vaso-motrice blanche, le leucographisme, sans aucun état pathologique.

M. Sergent répond qu'il conviendrait de mesurer la tension artérielle chez les sujets dont parle M. Queyrat. Pour lui, la ligne blanche est fonction d'hypotension artérielle, d'insuffisance (fonctionnelle ou organique) des capsules surrénales, dont on connaît le rôle toni-vasculaire considérable. Ainsi, l'administration de l'adrénaline, qui relève la tension vasculaire, fait disparaître le phénomène de la raie blanche.

Intoxication mercurielle mortelle consécutive à des injections d'huile grise.

Aux cas rapportés l'an dernier par MM. Le Noir et Letulle d'intoxication mercurielle suivie de mort et consécutive à des injections d'huile grise, MM. Œttinger et Fiessinger ajoutent un nouveau cas qu'ils viennent d'observer. Il s'agit d'une jeune femme de 18 ans qui reçut 2 injections intra-musculaires, à 8 jours d'intervalle, d'huile grise à 40 %, à la dose d'un centimètre cube chaque fois, et une 3e injection quinze jours après la seconde. Un mois après cette troisième piqûre apparut une stomatite à laquelle succédèrent la diarrhée et l'albuminurie. La situation s'aggrava progressivement pour se terminer par la mort 79 jours après la dernière injection. On ne rencontra, en aucun point de la région fessière, de nodule qui, extirpé, aurait pu peut-être pu mettre fin aux accidents d'intoxication.

Cette observation, disent MM. Œttinger et Fiessinger, rappelle combien il faut être prudent et soigneux quand on a recours aux injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis. On doit doser rigoureusement le médicament avec une seringue spéciale, bien calibrée, et s'assurer du parfait mélange de la préparation.

Dysentérie bacillaire et dysentérie amibienne.

MM. Caussade et Joltrain présentent l'observation d'un cas de dysentérie amibienne, avec abcès du foie, d'origine parisienne. L'intérêt du cas réside dans ce fait que la dysentérie amibienne, maladie des régions tropicales, a été considérée jusqu'ici comme ne pouvant guère survenir dans nos pays.

A ce propos, M. Vincent remarque qu'il est important de faire le diagnostic bactériologique de tous les cas de dysentérie, car ce diagnostic commande le pronostic et le traitement. Lorsque la dysentérie est sous la dépendance du bacille de Chantemesse et Widal, elle réclame le traitement sérothérapique. Contrairement à cette forme, qui a une évolution ordinairement aiguë, la dysentérie due à l'*amœba histolytica* a une marche habituellement chronique ; elle peut se compliquer d'hépatite suppurée ; elle doit être soignée par l'ipéca, l'opium, les purgatifs salins ou le calomel, les lavements antiseptiques.

Le diagnostic de la dysenterie bacillaire est rendu facile par la culture, l'ensemencement des selles, et surtout par la séro-réaction. Celui de la dysentérie amibienne est moins connu. Voici la technique employée par M. Vincent, dans son service du Val-de-Grâce, pour la recherche de l'amibe pathogène.

On s'adressera aux selles muco-sanguinolentes aussi récentes que possible. Le malade devra uriner à part ; la présence de l'urine tue, en effet, les amibes (Harris). On prélève alors une parcelle de mucus ou une gouttelette du liquide séreux qui surnage. On la place entre lame et lamelle sans appuyer beaucoup, pour éviter d'écraser les amibes. A un grossissement moyen on aperçoit les amibes, reconnaissables à leurs dimensions qui sont 4 à 6 fois celles d'un globule rouge, à leurs contours sinueux, à leur mobilité, à leurs expansions spéciales. Ces mouvements

persistent généralement 15 ou 30 minutes. On peut aussi colorer la préparation en déposant une gouttelette de bleu de méthylène sur l'un des bords de la préparation ; la matière colorante imprègne les éléments cellulaires et respecte les amibes vivantes. P. L.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Les experts ont-ils droit à une provision pour leurs honoraires ?

Mon cher Docteur,

Le Comité du « Sou médical » ayant décidé de faire trancher par la justice la difficulté née entre le Dr D. et le Dr P., expert, et provoquée par ce dernier à l'effet d'obtenir une solution de principe à la question des provisions auxquels prétendent avoir droit les experts commis par les tribunaux dans les instances entre parties, alors que le demandeur n'a pas l'assistance judiciaire, j'ai examiné à nouveau les points fort délicats que j'avais déjà cherché à élucider, à la demande du Dr P. lui-même, dans une consultation insérée au *Concours médical* du 18 mars 1906 (no 11), p. 199.

Voici les renseignements complémentaires que je puis donner sur la question.

Les faits de la cause sont les suivants :

M. le Dr P., ayant été commis comme expert par M. le juge de paix du XIVe arrond. pour donner son avis sur la note d'honoraires faisant l'objet de l'instance en paiement introduite par le Dr D., contre un chef d'entreprise, pour soins donnés à un blessé du travail, adressa au Dr D., en sa qualité de demandeur, une lettre lui demandant une provision en ces termes : « Vous voudrez bien, comme de règle, m'envoyer une provision et je commencerai l'étude de votre affaire. Le rapport sera exempt de timbre et l'enregistrement en sera gratuit. Mais le dépôt donnera lieu à un honoraire de 2 fr. 10 que j'aurai à verser au greffier de paix. Vous n'avez pas l'assistance judiciaire ». Le Dr D. envoya à l'expert un bon de poste de 5 fr., poour le couvrir de ses déboursés.

Le Dr P., lui retourna ce bon quelques jours après en lui disant : « Je vous renvoie votre bon de poste de 5 fr. considérant votre provision comme insuffisante ». Il ajoutait : « Il n'y a pas entre nous le moindre dissentiment, mais chacun de nous voudrait faire fixer ce qu'il croit être son droit. » L'expert fit encore cette déclaration dans une lettre ultérieure : « Je ne refuse pas de faire l'expertise. Je la ferai quand, suivant les règles, j'aurai au moins une provision suffisante ». Dans aucune de ses lettres d'ailleurs, l'expert n'indique la somme qui serait suffisante à ses yeux comme provision. En tous cas, après avoir, dans sa première lettre, paru ne réclamer, à titre d'avance, que le montant de ses déboursés, il a, dans les suivantes, nettement exigé le versement d'une provision garantissant en outre le paiement de ses honoraires. De son côté le Dr D. considère qu'il ne peut être tenu de verser à l'expert qu'une provision pour le montant des déboursés à effectuer par lui pour arriver à accomplir sa mission jusqu'au dépôt du rapport, qui en est l'acte terminal.

Avant de saisir la justice du différend, il s'agit de savoir si la question se trouve bien posée.

Et d'abord l'action du demandeur contre le médecin nommé expert, à l'effet d'obtenir qu'il soit contraint par le juge à procéder à sa mission sans recevoir une provision sur ses honoraires, est-elle recevable, étant donné qu'il s'agit de l'exécution d'un mandat donné non par la partie, mais par le juge ? On peut répondre affirmativement, étant donné le principe admis en jurisprudence, à savoir : que « les experts nommés par justice sont les mandataires des parties dans l'intérêt desquelles ils ont été commis » (Cour d'Alger, 3 janvier 1905. *Gaz. des trib.*, 26 avril 1905 ; Amiens, 24 octobre 1901 ; Dalloz, 1903. 2.281).

Sur le fond, voici d'abord l'opinion de M. Mallard, commis-greffier au tribunal civil de la Seine dans son « Traité complet de l'expertise judiciaire » (1901). En ce qui concerne les tribunaux civils et les cours d'appel, notre auteur s'exprime ainsi :

« La question de savoir si les experts peuvent demander une provision sur leurs honoraires avant le dépôt du rapport a été, en présence du silence de la loi, résolue négativement par divers arrêts qui ont jugé : que les experts ne sont pas fondés à demander la consignation préalable de leurs vacations, parce que la quotité ne peut en être fixée qu'après l'opération consommée et qu'elles ne peuvent être taxées qu'après le dépôt du rapport. Grenoble, 23 juillet 1830, Soubeyrou D. Rep. t. 23, p. 221 ; Montpellier, 30 janv. 1830 D. Rep. t. 23, p. 254.

Et l'expert qui, après avoir prêté serment, n'accomplirait pas sa mission par suite du refus des parties de lui avancer les sommes nécessaires à l'opération, serait passible non seulement de dommages-intérêts, mais encore de tous les frais auxquels donnerait lieu la nouvelle expertise. (Cas. 21 nov. 1822. Dal. Rep. 23 p. 221) ». Par suite d'une coquille, la date de cet arrêt dans ma consultation insérée au *Concours* du 11 mars 1906 a été inexactement indiquée par le millésime 1882 ».

M. Mallard, après avoir exposé le droit, explique ensuite le *modus vivendi* adopté dans la pratique :

« § 6. — *Consignation entre les mains des avoués.*

En principe, les experts ne peuvent donc pas demander de provision ni exiger le paiement de leurs honoraires avant le dépôt du rapport.

Mais il peut se présenter tels cas où ils se trouveront dans l'obligation de faire l'avance de déboursés importants et tels autres cas où le paiement de leurs honoraires pourrait être compromis soit par l'insolvabilité des parties, soit pour toute autre cause.

Ils devront alors faire connaître la situation dans une lettre motivée adressée au président du tribunal qui, après avoir arbitré la somme jugée nécessaire, pourra en ordonner la consignation entre les mains des avoués jusqu'à l'issue de l'affaire.

C'est ce qui dans la pratique se passe au tribunal civil de la Seine. »

En ce qui concerne les justices de paix, M. Mallard (p. 112) indique comment les choses se passent, dans la pratique, c'est-à-dire, en dehors de toute application des règles du droit et par une sorte d'accord entre tous les intéressés, lorsqu'aucune contestation se produit entre l'expert et la partie qui a provoqué l'expertise :

« Il est admis, dans la pratique, que les expertises fassent provisionner des frais et honoraires de l'expertise avant le commencement des opérations. Il en

est de même pour les frais de dépôt du rapport et autres droits de greffe qui doivent être versés à l'avance entre les mains du greffier. L'expertise est subordonnée à ces consignations et n'aurait pas lieu au cas où la partie se refuserait à les faire. »

Un tribunal de paix a eu à statuer dans un cas analogue à celui qui nous occupe. La situation de l'expert (il s'agissait également d'une expertise médicale) différait de celle du Dr P., en ce que l'expert avait prêté le serment devant le juge, procédé à l'expertise et rédigé un rapport, mais refusait de le déposer tant qu'une provision ne lui aurait pas été versée. Dans l'espèce actuelle, l'expert commis n'a pas prêté serment ni commencé ses opérations; il refuse de les commencer tant qu'il n'a pas reçu une provision suffisante. Il a déclaré, toutefois, dans le passage de sa lettre ci-dessus reproduit, qu'il acceptait la mission à lui confiée. Le demandeur avait fait droit à sa demande par l'envoi d'une somme de 5 fr. qui paraît suffisante pour couvrir les déboursés, mais l'expert a retourné le bon de poste, parce qu'il le jugeait insuffisant pour le couvrir des honoraires auxquels il aura droit après accomplissement de sa mission, en sus du remboursement de ses déboursés.

Dans l'affaire solutionnée par le jugement ci-après, le demandeur avait assigné l'expert afin de voir dire qu'il serait tenu de déposer son rapport sous peine de dommages-intérêts et il réclamait en outre des dommages-intérêts pour le préjudice causé par le retard dans le dépôt du rapport.

Tribunal de paix d'Agen, 29 juillet 1899.
(*La Loi* du 20 octobre 1899).

Sur la demande princi pale :

Attendu que par jugement du présent tribunal en date du 6 mai 1899, M. Ch. (docteur en médecine) a été commis à l'effet de procéder à la visite de la femme Flanes, d'examiner la blessure occasionnée par un accident dont la dite dame a été victime, et de donner son avis sur la gravité de cet accident et sur ses suites probables ;

Attendu que M. le Dr Ch. a accepté la mission qui lui a été confiée; qu'en effet, il a prêté serment devant nous en cette qualité, le 13 mai dernier, et qu'avant cette prestation de serment il n'a fait aucune réclamation au sujet du paiement soit de ses déboursés, soit de ses honoraires ; que le 16 et 17 du même mois, il a procédé à l'expertise qui lui a été confiée et qu'il avait acceptée ; que, quelques jours après, il a dressé un rapport de ses opérations et que depuis lors il s'est constamment refusé à déposer son rapport, sous le prétexte qu'une provision ne lui avait pas été versée ;

Attendu que, s'il est parfaitement exact qu'on ne puisse obliger un expert à *avancer les droits d'enregistrement de son rapport*, faut-il tout au moins que cet expert, s'il n'a fait aucune réserve avant sa prestation du serment, fasse connaître son intention de ne pas faire cette avance, et mette les parties en demeure de lui verser la somme destinée à *couvrir ses déboursés* ;

Attendu, dans l'espèce, qu'il résulte des débats que M. le Dr Ch. n'a fait aucune réclamation aux parties ; qu'il a fait connaître sa prétention au greffier de la justice de paix, maisque ce dernier n'avait pas qualité pour transmettre cette réclamation qui aurait dû être faite aux parties elles-mêmes ; que, par suite, M. le Dr Ch. n'a à s'en prendre qu'à lui-même si la provision qu'il exige ne lui a pas été versée, puisqu'il ne l'a jamais demandée.

Attendu qu'il y a lieu de donner acte à M. le Dr Ch. de ce qu'il est prêt à déposer son rapport dès qu'on lui aura remis les fonds nécessaires à son enregistrement.

Attendu que les époux Flanes tout en prétendant que le retard mis par le Dr Ch. a déposer son rapport leur a causé un réel préjudice, ne justifient nullement de ce préjudice, et que dès lors il n'y a pas lieu de leur accorder des dommages-intérêts ; qu'il sera suffisant de leur en accorder dans le cas où, par la suite, le Dr Ch. différerait plus longtemps de déposer son rapport, ainsi qu'il sera ci-après ordonné ;

. . . .

Par ces motifs.

Donne acte à M. le Dr Ch. de ce qu'il est prêt à déposer son rapport au greffe de la justice de paix dès qu'on lui aura remis les fonds nécessaires à son enregistrement et, en tant que de besoin, lui ordonne d'effectuer le dit dépôt dans les 24 heures du jour où on lui aura versé les fonds nécessaires à l'enregistrement ;

Et faute pour lui de ce faire dans le dit délai, le condamne à payer aux époux Flanes la somme de 20 fr. à titre de dommages intérêts.

Déboute également M. Ch. de sa demande en 150 fr., de dommages-intérêts comme mal fondée.

Et le condamne en tous les dépens.

Il est à remarquer que, dans cette affaire, l'expert n'a pas persisté, devant le juge de paix, dans sa prétention originaire de réclamer une avance sur ses honoraires, et qu'il s'est borné à demander une provision pour se couvrir de ses déboursés.

Le juge de paix ne l'a condamné aux dépens que parce qu'il avait rendu l'instance nécessaire en ne déposant pas son rapport, sans avoir réclamé directement au demandeur cette provision.

L'expert avait fait connaître sa réclamation au greffier qui sans doute ne l'a pas pas transmise à la partie demanderesse ; sans quoi, on ne comprendrait pas la décision rendue. Le juge de paix s'est évidemment mal exprimé quand il a dit que le greffier n'avait pas « qualité pour transmettre à la partie la réclamation » de l'expert. Si le greffier, qui n'y est pas forcé de par ses fonctions, accepte de réclamer au nom de l'expert la provision pour les déboursés à effectuer pour la rédaction et le dépôt du rapport et s'il transmet cette réclamation, il est clair que cette demande, faite par un mandataire bénévole, équivaut à la demande faite directement à la partie par l'expert lui-même et l'on ne comprendrait pas que l'expert soit jugé en faute pour avoir retardé le dépôt de son rapport sans avoir formulé cette demande de provision aux parties, sous prétexte que elle aurait été faite en son nom par un mandataire et non directement par lui-même.

Mais ce qui résulte principalement de cette décision, ainsi que de la jurisprudence et des extraits que nous venons de citer, c'est la reconnaissance de la règle que les experts n'ont pas, en principe, droit à une avance sur la rémunération à laquelle ils pourront avoir droit après accomplissement de leur mandat. Cela est conforme aux règles du droit en matière de mandat. Le droit du mandataire à un salaire n'existe que quand il a exécuté les obligations qu'il a acceptées de remplir (art. 1999 du code civil).

Toutefois l'équité conduit à penser que les experts peuvent avoir droit à une provision lorsque l'accomplissement de leur mandat nécessite

des avances et des frais d'une nature quelconque. S'il y a contestation sur ce point, le juge peut en être saisi et ordonner une consignation entre les mains des avoués, lorsqu'il s'agit d'une affaire pendante devant une juridiction où le ministère de ces officiers ministériels est obligatoire, et entre les mains du greffier ou de l'expert lui-même, lorsqu'il s'agit d'une affaire et d'une juridiction où les parties se présentent elles-mêmes ou par mandataires officieux. Le versement de la provision ne devrait être ordonné par le juge que dans ces cas exceptionnels. Lorsque l'accomplissement du mandat de l'expert n'est pas de nature à occasionner aucuns frais, comme dans l'espèce actuelle où même les déboursés à effectuer sont extrêmement réduits (2 fr. 10 pour droits de greffe) le rapport étant dispensé d'enregistrement et de timbre par application à la loi de 1898, la nécessité d'une provision ne paraît pas se faire sentir et il nous semble que, pour une somme si minime pour le recouvrement de laquelle l'expert ne court pas les risques d'insolvabilité de la partie demanderesse, il ne pourrait pas justifier, aux yeux du tribunal qui l'a commis, son refus de procéder à sa mission.

Mais dans l'espèce actuelle ce refus est d'autant moins admissible que le demandeur avait envoyé une provision de 5 fr. suffisante pour couvrir les déboursés, et que l'expert l'a refusée comme insuffisante.

Dans l'affaire solutionnée par le tribunal de paix d'Agen, il est vrai, l'expert avait prêté serment et procédé aux opérations d'expertise, ce qui constituait non seulement une acceptation, mais encore une exécution partielle du mandat, sans avoir réclamé préalablement aucune provision. Dans notre affaire, c'est avant toute prestation de serment, et avant d'avoir commencé les opérations d'expertise, que l'expert formule sa demande. La solution de la difficulté doit-elle être différente par suite de cette différence dans la situation respective des parties ? A notre avis, elle doit être la même. L'expert déclare, en effet, accepter le mandat, mais il exige, pour le remplir, une provision le couvrant de sa créance future à raison de ses honoraires. La partie demanderesse offre seulement une provision pour ses déboursés. L'expert aurait le droit de répondre qu'il n'accepte pas le mandat dans ces conditions et de refuser la mission qui lui est confiée. Du moment où il l'accepte, il doit se conformer à la règle — étant donné qu'il ne se trouve pas dans des conditions justifiant une mesure exceptionnelle — et cette règle, c'est que l'expert doit remplir son mandat sans exiger un versement d'avance sur son salaire, pour le recouvrement duquel il jouit d'une procédure exceptionnelle, à savoir la taxe et l'exécutoire.

A cet égard, je crois devoir ajouter, pour répondre à certaines observations présentées au Dr D., par M. le Dr P., que l'expert n'a pas à se préoccuper, pour requérir la taxe et un exécutoire, de la question de savoir si les parties se sont pourvues en justice pour procéder à l'ouverture du rapport, devant les juridictions où cette procédure est suivie. Son rapport, ne fût-il jamais ouvert et le litige ne dût-il jamais recevoir de solution, l'expert peut déposer sa réquisition de taxe et se faire délivrer un exécutoire contre la partie à la demande de laquelle l'expertise a été ordonnée, et même contre l'autre partie, si elle y a adhéré. (Voir consultation dans le *Concours médical* du 18 mars 1906.)

En résumé, la prétention du Dr D., d'exiger de M. le Dr P., ou qu'il refuse la mission à lui confiée ou qu'il l'accomplisse, moyennant le dépôt d'une provision suffisante pour le couvrir de ses frais et déboursés, me paraît conforme aux règles qui régissent la matière, et la prétention contraire du Dr P., d'exiger une provision lui garantissant non seulement le remboursement de ses débours, mais encore le paiement de ses honoraires — et dont d'ailleurs il n'a fixé le montant dans aucune des ses lettres, s'étant contenté de renvoyer le bon de 5 fr. comme insuffisant — ne me paraît pas juridiquement fondée.

Votre bien dévoué, Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou médical ».

CORRESPONDANCE

Écho du Congrès des Praticiens.

Le Dr P. Seytre, de Cannes, nous envoie la lettre suivante que nous insérons volontiers :

Très honoré Confrère,

Je viens de lire le compte rendu des séances de l'Assemblée nationale des médecins de France, à laquelle mon confrère le Dr Vaudremer et moi, fûmes délégués par les médecins de notre arrondissement. Permettez-moi de vous signaler un oubli fort excusable, du reste.

Représentants d'un groupement médical qui nous avait donné un mandat exprès, nous avions le désir de remplir ce mandat tout entier et sans omission. Or, parmi les propositions que nous devions soumettre à l'assemblée, se trouvait un projet d'amendement à l'art. 5 de la loi du 15 février 1902. Cet article oblige le médecin à déclarer les cas de maladies transmissibles à sa connaissance. Suivant le désir de nos mandants, c'est à la famille que doit revenir cette obligation.

Dans ce sens, mon confrère Vaudremer et moi, rédigeâmes un vœu que je portai à la tribune de l'assemblée le dimanche matin 14 courant. Au milieu des manifestations d'impatience, qui soulignèrent cette fin de réunion, notre vœu eut la bonne fortune d'être écouté et voté, je profitai des favorables dispositions de l'assemblée pour le compléter, en demandant que quelques hygiénistes, quelques confrères, au courant des questions de législation sanitaire, fussent appelés à siéger dans la commission permanente qui va être nommée : cette motion fut adoptée ; aussi, je vous serai reconnaissant, mon cher confrère, de vouloir bien réparer ce petit oubli dans votre prochain numéro, ne fût-ce que pour donner aux yeux de nos mandants, la reconnaissance officielle d'avoir accompli notre mission. Le procès-verbal de la séance doit faire mention des faits ci-dessus et la formule même du vœu a été confiée au secrétaire, le Dr Leredde.

Avec mes remerciements anticipés, je vous prie de croire, mon cher confrère, à mes sentiments bien dévoués,

Cannes, 21 avril 1907. Dr P. SEYTRE.

Le Directeur-Gérant : H. JEANNE.
Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 19 Dimanche 12 MAI 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un singulier droit de l'homme.

Monsieur et cher confrère,

Je suis chargé par la section régionale de la Ligue des Droits de l'homme, de lui fournir un rapport sur le bien fondé de la pétition adressée aux Chambres par les masseurs et magnétiseurs, et recouverte des signatures les plus illustres.

Ces messieurs réclament le libre exercice de leur art, ce qui, en bon français, équivaudrait à la transformation de l'exercice illégal de la médecine en exercice légal. Ils demandent une modification en leur faveur de la loi réglant l'exercice de la médecine. La Ligue des Droits de l'homme sollicitée de donner un avis favorable, a décidé de consulter chacune de ses sections avant de se prononcer.

C'est pourquoi je voudrais obtenir de votre obligeance, en temps utile, mon rapport devant être fait le 10 mai, quelques arguments solides à leur opposer, car leurs doléances ne tendraient à rien moins qu'à revêtir d'une auréole officielle toute l'armée des rebouteurs, au lendemain du congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

En attendant de recevoir de votre obligeance coutumière les renseignements demandés, je vous prie, Monsieur et cher confrère, de recevoir, avec mes remerciements, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr X.

Mon cher Confrère,

Le *Concours médical* me transmet votre lettre en ma qualité de Secrétaire du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, et me prie d'y répondre.

Je vous adresse le volume contenant les rapports présentés au Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, et vous y trouverez les documents nécessaires pour répondre aux questions qui vous ont été posées.

Il s'agit là, évidemment, d'un mouvement déjà plusieurs fois esquissé et qui consiste, pour les masseurs et magnétiseurs, à agir auprès des pouvoirs publics pour obtenir une modification à la loi.

Il suffit, dans les arguments que vous ferez valoir, d'indiquer que si le massage dit hygiénique peut être, en général, sans danger, il peut aussi offrir des inconvénients lorsqu'un opérateur mal averti prend pour de la graisse un œdème, et ne tient pas compte de l'état du cœur ou des vaisseaux au cours des manipulations qu'il se propose d'effectuer.

Vous savez, comme moi, quelles sont les ressources que peut offrir le massage, il s'agit bien d'un agent thérapeutique, d'un véritable traitement qui nécessite un diagnostic, et le concours du masseur peut être avantageux, à condition que le médecin ait formulé son ordonnance, donné ses indications, et qu'il exerce une surveillance sur la suite du traitement.

C'est donc avec la plus grande énergie que nous devons nous défendre, et cela moins dans notre intérêt particulier que dans l'intérêt supérieur du malade et de la santé publique.

Si vous vouliez achever de vous documenter sur la question, vous pourriez écrire à mon ami le Dr Lièvre, 98, boulevard Malesherbes, qui est l'auteur d'une brochure sur le massage et sur les masseurs, et où un certain nombre de cas malheureux sont traités tout au long.

La question qui vous a été posée a dû l'être dans toute la France; je viens donc vous demander, mon cher Confrère, si vous verriez un inconvénient à ce que, sans vous nommer, je fasse passer une note, dans le *Concours*, par exemple, et en priant au besoin quelques autres journaux de la reproduire. Dans cette note, on avertirait les médecins du danger nouveau auquel ils sont exposés, en même temps on pourrait fournir des arguments en faveur de la thèse que nous défendons.

Suivant votre désir, la lettre que je vous envoie restera toute personnelle, et je ne ferai dans l'avenir que ce que vous m'autoriserez à faire.

Je demeure, bien entendu, à votre entière disposition et vous prie d'agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs,

Docteur Ch. LEVASSORT.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Chancre amygdalien et angines microbiennes surajoutées.

Il est fréquent de constater sur les lésions syphilitiques de la bouche et du pharynx des micro-organismes d'espèces variées. Ainsi, on a signalé la présence, sur certaines syphilides bucco-pharyngiennes, de staphylocoques, de streptocoques, de pneumocoques, de bacilles pseudo-diphtériques, de coli-bacilles, de bacilles fusiformes, de spirilles de Vincent, etc. Le développement de ces microbes au niveau de la lésion spécifique modifie quelquefois notablement la symptomatologie de cette dernière et peut rendre le diagnostic embarrassant.

A la liste des bactéries ci-dessus énoncées, il convient d'ajouter le tétragène. MM. George GUILAIN et H. RENDU en signalent un exemple. L'observation qu'ils rapportent concerne un cas de chancre syphilitique de l'amygdale associé à une angine pseudo-membraneuse à tétragène.

Cette question des angines microbiennes surajoutées aux syphilides gutturales est intéressante et mérite l'attention du clinicien. L'angine peut masquer la syphilide. De même, la présence de certains microbes sur une lésion syphilitique de la gorge peut induire en erreur. Ainsi MM. SIRE-

FEUILLETON

De l'amendement des pupilles vicieux

PAR UN DÉLÉGUÉ TUTEUR

L'enfant vicieux est celui qui, par suite d'actes d'immoralité ou de cruauté, constitue un danger pour son entourage. L'enfant *difficile* est celui qui, par son insubordination, son indiscipline, son penchant au vagabondage, donne de graves sujets de mécontentement et ne peut être maintenu dans le placement familial ou en condition.

Avant d'exposer quelques-uns des résultats auxquels je suis parvenu comme délégué-tuteur des pupilles confiés à l'Assistance publique en vertu de la loi du 24 juillet 1889, — il convient de rappeler brièvement les efforts tentés par l'initiative privée, les administrations départementales et l'Etat, en vue d'amender les pupilles vicieux et difficiles.

Cinq étapes en marquent les progrès.

La première période va de la création du service des enfants assistés (15 pluviôse an XIII, 4 février 1805) à la loi du 5 août 1850.

Jusqu'à cette date, la tutelle étant uniquement entre les mains des administrateurs des hospices, c'est également à ces derniers qu'incombait uniquement la répression. Le cabanon ou cellule pour les garçons, dans une dépendance de l'hospice dépositaire, et l'envoi des filles dans les maisons dites du Bon-Pasteur, constituaient généralement la répression des fautes commisses.

Au fur et à mesure que l'Inspection est créée et développée, les articles 66 et 67 du Code pénal sont appliqués par les tribunaux aux jeunes délinquants sur la plainte de l'administration départementale; parmi les enfants traduits en justice les vicieux, acquittés pour avoir agi sans discernement, sont envoyés en correction en vertu de l'article 66, tandis que d'autres, déclarés coupables et ayant agi avec discernement, sont condamnés en vertu de l'article 67. Pour les premiers, c'est dans les maisons de détention, une aggravation, un degré supérieur de corruption. Quant aux seconds, le fait d'avoir à leur actif une condamnation portée au casier judiciaire ne peut provoquer dans leur esprit un désir de s'amender. Résultat final pour les uns et pour les autres : la *récidive*.

Cette triste situation provoqua dans le public un mouvement salutaire. Aussi, voyons-nous de 1840 à 1848 des philanthropes fonder des établissements de réforme : ce sont M. de Courteilles à Mettray, la sœur Marie-Ernestine à Rouen, MM. Lucas, Arnauld-Dalifol et Duclézieux au Val-d'Yèvres, à la Loge, à Saint-Ilan.

Stimulé par le dévouement des particuliers, l'Etat crée successivement les colonies de Fontevrault, Clairvaux, Loos et Gaillon en 1842, 1843, 1844, 1845, et par la loi du 5 août 1850 apporte une réforme des plus importantes à la législation infantile. Supprimant la maison centrale et la prison départementale pour les mineurs de 16 ans, la loi décide que ceux qui ont été acquittés, faute de discernement, seront envoyés dans des *colonies pénitentiaires*, tandis que les jeunes délinquants condamnés à un emprisonnement de plus de 2 ans, ou ceux qui ont été déclarés

DEY et QUEYRAT ont observé trois cas de chancre tonsillaire dans lesquels l'examen bactériologique ayant trouvé des bacilles fusiformes et des spirilles fit croire à une angine de Vincent. Le diagnostic fut redressé dans la suite par l'apparitiond'autres caractères nettement spécifiques (adénopathies, roséole, etc.)

La constatation de bacilles fusiformes et de spirilles sur une amygdale ulcérée ne suffit donc pas à trancher le diagnostic et à éliminer le chancre. L'association fuso-spirillaire peut parfaitement coexister, soit avec un accident syphilitique primaire, soit avec des plaques muqueuses. Le dernier mot reste à la clinique.

Erythème scarlatiniforme d'origine médicamenteuse ; son action favorable sur l'état bronchitique du sujet.

M. André BERGÉ présente un malade qui, à deux reprises, à un an d'intervalle, offrit à la suite de l'ingestion des mêmes médicaments (opium et eau de laurier-cerise) un érythème scarlatiniforme desquamatif intense et généralisé. Les médicaments avaient été prescrits pour une bronchite tenace. Fait intéressant : le développement de l'éruption eut chaque fois une influence immédiate sur la bronchite qui disparut rapidement.

Le cas en question est, à ce point de vue, comparable à celui rapporté par M. Gaucher, l'an dernier, dans une leçon publiée par le *Concours médical.*

De telles observations viennent en faveur de la théorie des métastases. Elles contribuent également à justifier l'emploi des sinapismes, cataplasmes sinapisés et autres moyens de révulsion, dont la prescription traditionnelle est parfois mêlée d'un peu de scepticisme, pour quelques médecins.

Sur le régime des diabétiques.

M. Marcel LABBÉ revient sur la question du diabète, dont il a déjà tout récemment entretenu la Société médicale des hôpitaux.

Des régimes divers, dit-il, ont été préconisés successivement chez les diabétiques ; on a affirmé tour à tour l'excellence du lait, des pommes de terre, de la farine d'avoine, etc. Ces affirmations ont été discutées et beaucoup sont discutables. On a pensé que les divergences d'opinion tenaient à ce qu'il y avait diabétiques et diabétiques, que ce qui convenait à l'un ne convenait pas à l'autre, et que le même régime ne pouvait s'appliquer à tous les cas de diabète.

Cela, pour M. Labbé, ne serait pas exact. Selon lui, les divergences d'opinion tiennent surtout à ce que les observateurs ne se sont point placés dans des conditions identiques, de sorte que leurs observations ne sont point comparables. En général, on n'a pas tenu compte de la *quantité* des hydrates de carbone ingérés quand on a voulu comparer les régimes. « Or la question de quantité prime la question de qualité dans le régime des diabétiques ; ce qui importe avant tout, pour le diabétique sans dénutrition, c'est un régime hydro-carboné réduit ; mieux vaut un régime hypoglycosique (inférieur à la tolérance) composé de pain, qu'un régime hyperglycosique composé de pommes de terre ».

Cependant, la question de *qualité* offre également de l'intérêt. Il serait utile, pour l'ordonnance du régime, de savoir si, à dose égale, cer-

---

insubordonnés dans les colonies pénitentiaires, subiront leur peine dans les *colonies correctionnelles.* En outre, trois améliorations capitales — : celles de l'obligation de l'éducation et de l'enseignement professionnel agricole ; la libération provisoire ; et la surveillance administrative — donnent à la loi du 5 août 1850 le caractère d'un très grand progrès.

Nous adresserons néanmoins à cette loi deux objections :

1° Le paragraphe plaçant les pupilles sous le patronage de l'Assistance publique pendant trois ans au moins après leur délibération, n'a jamais été appliqué ;

2° Pour quel motif n'a-t-on institué que l'enseignement professionnel agricole alors que les trois quarts de la jeune population élevée dans les grandes villes et devant y revenir fatalement ne pouvait en tirer parti ? N'était-il pas plus logique de dresser ces enfants à un travail industriel qui leur assurerait au moins le pain dès la sortie de la colonie pénitentiaire ou correctionnelle ?

Mais l'élan était donné ; chacun applaudissait.

Les troisième et quatrième étapes qui s'étendent de 1889 à 1898 ralentissent malheureusement le mouvement.

En effet, la loi du 24 juillet 1889 a mis à la charge de l'Assistance publique une catégorie d'enfants provenant de parents indignes, déchus de la puissance paternelle ; enfants *difficiles* pour lesquels le placement familial ne présente que des inconvénients.

En second lieu, la loi du 19 avril 1898 n'a guère été plus heureuse puisqu'elle a introduit parmi les pupilles de l'Assistance un élément de contamination des plus dangereux. On se rappelle qu'elle fut votée sous l'impression du crime commis sur l'enfant martyr Grégoire. En principe elle devait venir en aide aux enfants victimes de crimes ou de délits : c'était parfait. Mais un deuxième article visant les enfants auteurs de crimes et de délits annihilait absolument le premier : car les deux catégories confiées à l'Assistance publique, étant confondues, les bons sujets devaient nécessairement être contaminés. C'est ce qui n'a pas manqué d'arriver.

Il semble donc que si d'un côté la loi de 1898 a réalisé un véritable progrès elle n'en suscite pas moins au double point de vue juridique et administratif les plus sérieuses difficultés : d'autant que sur la proposition de M. le Sénateur Bérenger, la période dite de l'enfance a été récemment étendue par la loi jusqu'à la 21e année.

Les plaintes aussi unanimes que fondées des inspecteurs départementaux ont certainement influé sur le vote de la loi du 28 juin 1904, notre cinquième étape.

Par cette loi, les lois des 5 avril 1850, 24 juillet 1889 et 19 avril 1898 subissent de sérieuses modifications. L'enseignement industriel est créé parallèlement à l'enseignement agricole dans des Ecoles professionnelles. En second lieu, préalablement à leur placement dans une famille ou leur envoi en condition, les pupilles seront soumis à une sévère observation. Ceux qui, en raison de leur indiscipline, de leurs vices ou de leurs défauts, ne pourront bénéficier de l'une ou de l'autre de ces mesures, seront, sur le rapport de l'Inspecteur départemental et par décision

tains hydrates de carbone ne sont pas mieux tolérés que d'autres.

Pour éclaircir ce point, M. Labbé a entrepris une série d'expériences, sur plusieurs malades, avec les hydrates de carbone les plus usuels, en tenant compte des conditions (régimes antérieurs troubles pathologiques accidentels) qui peuvent modifier les résultats.

D'après dix observations étudiées de cette manière, il classe les principaux hydrates de carbone, au point de vue de leur tolérance par l'organisme des diabétiques, dans l'ordre suivant :

1° Pommes de terre ;
2° Farine d'avoine, macaroni ;
3° Châtaignes, riz ;
4° Haricots, lentilles, pois ;
5° Lait ;
6° Pain ;
7° Sucre.

Comme on le voit, la pomme de terre, conformément à l'opinion de M. Mossé, a semblé avoir les plus grands avantages. La farine d'avoine a été, aussi, bien tolérée, mais les malades s'en lassent vite. Les légumes secs, acceptés volontiers et supportés à assez haute dose, les pâtes alimentaires, le riz mériteraient d'être vivement recommandés] dans l'alimentation des diabétiques. En revanche, le lait serait, d'une manière générale, inférieur aux aliments précédents. Le pain s'est toujours montré mauvais.

M. Le Gendre pense que, dans la tolérance variable des diabétiques pour les divers aliments, on doit faire jouer un rôle important à la minéralisation de ces aliments.

Selon M. Linossier, pour expliquer les différences de tolérance des divers amidons, il faut tenir compte de plusieurs éléments : état physique, substances auxquelles ils sont mélangés, préparation culinaire. C'est iansi qu'on voit, dans le tableau de M. Labbé. le macaroni être beaucoup mieux toléré que le pain : c'est cependant le même amidon.

M. Fernet trouve l'échelle établie par M. Labbé trop sévère, pour ce qui concerne le lait. Celui-ci donne d'excellents résultats chez certains diabétiques. Dans un important travail sur ce sujet, M. Maurel (de Toulouse) a montré que le régime lacté exclusif, administré à des diabétiques arthritiques en quantité correspondante à la ration d'entretien, non seulement réduisait beaucoup la proportion de sucre urinaire. mais pouvait parfois arriver à le faire disparaître complètement.

M. Siredey a vu des diabétiques remarquablement améliorés par le régime lacté, alors que chez d'autres ce régime augmente la glycosurie. Ce sont là des idiosyncrasies qui rendent le traitement du diabète si difficile. Lasègue avait beaucoup insisté autrefois sur l'importance des réactions individuelles chez les diabétiques, tant pour le régime que pour le traitement.

M. Labbé répond que ses observations personnelles aboutissent à une conclusion opposée à celle de Lasègue. Ce ne sont pas les diabétiques qui réagissent différemment, ce sont les médecins qui leur imposent sans s'en rendre compte des régimes différents. Donner 3 litres de lait à deux diabétiques, ce n'est pas leur donner le même régime. C'est imposer un régime qui sera pour l'un inférieur, pour l'autre supérieur à sa tolérance en hydrates de carbone, c'est-à-dire qui sera favorable pour l'un et nuisible pour l'autre. Si chez les diabétiques sans dénutrition (qui correspon-

---

du Préfet, les uns placés dans une Ecole professionnelle, les autres, sur le rapport du même inspecteur, déférés par le préfet au Tribunal civil qui décidera au besoin leur remise à l'administration pénitentiaire.

Lorsque je fus chargé de la surveillance des pupilles vicieux, mon premier soin fut de demander aux instituteurs et institutrices de vouloir bien répondre à un questionnaire sur le caractère, la conduite, la tenue, l'intelligence, l'assiduité à l'école, les qualités et défauts, ainsi que l'état physique de chacun de mes pupilles, âgés de 6 à 13 ans. Or, je constatai, sur un effectif de 623 écoliers, les chiffres suivants ;

Anormaux	24
Vicieux	28
Difficiles	62

d'où le pourcentage de 4 % passibles d'un traitement médical et 5 % susceptibles d'envoi dans une maison de réforme.

Puis, au cours de mes tournées, j'inscrivis sur une liste spéciale tous les garçons qui me furent signalés pour leur insubordination. Enfin je me mis à la recherche des facteurs indispensables à mon institution : une mère de famille honorable, consciencieuse, expérimentée, un instituteur rompu à toutes les difficultés de la pédagogie, un médecin dévoué à la cause de l'enfance, une maison spacieuse, aérée, bien ensoleillée et attenante à un grand jardin.

Je trouvai ces éléments réunis dans un petit chef-lieu d'arrondissement. Lorsque j'eus fait rentrer à l'hospice dépositaire les six plus mauvais sujets, je procédai à l'installation de ma ménagère et, lui amenai les jeunes élèves.

Un mois plus tard, ma colonie ayant atteint le maximum que je m'étais fixé : douze pupilles, je dressai le tableau journalier ;

Lever, à 5 heures en été et 6 heures et demie en hiver, soins de propreté, nettoyage des effets, et chaussures, mise en ordre des dortoirs, suivis du petit déjeuner et de travaux de jardinage quand la saison le permettrait.

A 8 heures, conduite des élèves, trois par trois, à la maison d'école, et retour à 11 heures.

De 11 heures à midi, travaux de jardinage, chaque élève ayant son petit carré particulier à soigner.

De midi à midi et demi déjeuner. —Chaque pupille à tour de rôle, était chargé de mettre le couvert, de laver la vaisselle et de tenir le réfectoire et la cuisine dans le plus grand état de propreté.

De midi et demi à une heure, répétition des leçons.

De 1 heure à 4 heures, école.

Puis, à mesure que les jours grandissaient, les travaux de jardinage duraient jusqu'au dîner, qui avait lieu à 6 heures en hiver, et à 7 heures en été.

Pendant la belle saison, les enfants étaient conduits en promenade après le repas du soir.

Quatre élèves au plus occupaient une chambre. Deux chambres étaient surveillées par la directrice et la troisième par son fils âgé de 18 ans et employé au greffe du Tribunal.

Chaque élève était muni d'une *fiche et d'un carnet scolaire* tenus à jour par le médecin et l'instituteur. Ces notes m'étaient de la plus grande utilité pour prendre telle mesure qui s'imposait lors de mes visites bi-mensuelles.

Les récompenses consistaient dans l'inscription

dent aux diabétiques dits arthritiques et aux diabétiques gras des anciens auteurs), on établit avec exactitude, par l'épreuve du régime, le degré de la fonction glyco-régulatrice (le degré de la tolérance pour les hydrates de carbone) on verra, ajoute M. Labbé, que tous se comportent suivant la même règle vis-à-vis du régime et l'on n'aura plus besoin d'invoquer l'idiosyncrasie.

Dacryoadénite grippale.

M. Le Gendre signale la dacryoadénite comme une des localisations possibles de l'infection grippale, si polymorphe.

Il rapporte l'observation d'un cas de dacryoadénite bilatérale accompagnant une sinusite grippale avec polyadénopathie préauriculaire, au cours d'une grossesse.

P. L.

CHIRURGIE PRATIQUE

Examen de l'état général en chirurgie (*Suite*).

Constipation habituelle chez la femme et stercorémie post-opératoire

par le Dr Paul Petit,
chirurgien-adjoint de l'hôpital libre St-Michel.

Pour sûrement savoir si une femme présente ou non de la rétention fécale, il ne faut pas se fier à la fréquence, à l'abondance et à la densité de ses garde-robes. L'horaire des garde-robes est physiologiquement très variable suivant les gens. La dureté, la sécheresse des fèces est certainement un bon indice, mais des selles diarrhéïques spontanées ou provoquées peuvent coexister avec des rétentions énormes.

Pour ce qui est de l'abondance, elle ne peut non plus suffire à décider si l'évacuation est satisfaisante, car, en présence de selles provoquées chez des femmes chroniquement constipées, on est souvent en droit de se demander... alors que pourtant... ce n'est pas fini... comment le contenu a pu être compris dans le contenant. C'est à croire que parfois elles en remettent. Il est vrai que lorsque les hommes s'en mêlent ! On connaît l'histoire de ce rond de cuir soigné par Lasègue qui en quelques heures put remplir ses dix-sept vases.

Il faut donc, pour obtenir, en la matière, si j'ose le dire, un renseignement précis, interroger directement le rectum et le colon.

Pour explorer le cœcum et l'S iliaque, segments du colon où s'accumulent de préférence les fèces, on doit, par un palper méthodique, appliquer ces organes contre le plan osseux des fosses iliaques. La malade est dans le décubitus dorsal et, de préférence, en position inclinée de façon à dégager les parties à examiner des anses grêles qui les recouvrent. Elle respire largement et librement pour relâcher sa paroi abdominale et applique sa pensée à ce résultat, ce qui n'est pas sans effet. Le chirurgien appuyant la pulpe des doigts de ses deux mains recourbés en crochets, en dedans du segment colique qu'il explore, les enfonce de plus en plus, mais sans violence, à chaque inspiration, de façon à arriver au contact de la fosse iliaque, puis les ramène de dedans en dehors en appuyant et faisant rouler l'organe

---

au tableau d'honneur figurant au réfectoire à côté du tableau journalier et des prescriptions d'hygiène sur la propreté du corps et des vêtements. En outre, étant donné l'heureuse influence des aliments hydro-carbonés, notamment le sucre sur le développement de l'organisme infantile, je faisais ajouter au menu du soir, pour ceux qui s'étaient distingués par leur travail et leur conduite, des fromages et des gâteaux de riz ou à la crème, préparés admirablement par la maîtresse du logis.

Quant aux punitions elles se composaient uniquement de retenues à l'école, l'inscription au tableau noir et la privation des travaux de jardinage. Je dois ajouter que cette dernière était la plus salutaire parce que la plus redoutée.

Or, de 1896, à 1903, 72 élèves de 6 à 13 ans passèrent à la maison familiale, et je n'eus jamais à me prononcer sur l'envoi dans une colonie pénitentiaire d'aucun de mes garçons en âge scolaire. De ces 72 élèves, 59 furent placés en condition dès leur treizième année et ils y restèrent ; 12 furent envoyés au sanatorium de Saint-Trojan et 1 mourut.

L'éducation de mes pupilles vicieuses variait quelque peu de la précédente. Dès que j'avais constaté au cours de mes inspections, que des filles ne pouvaient être conservées à l'école pour leur inconduite habituelle; j'opérais leur déplacement et les confiais à des institutrices ayant organisé dans leur localité, soit des réunions, soit un enseignement ménager. En outre, j'intéressais ces institutrices au sauvetage des pauvres filles et afin de ne pas perdre chez les nourricieirs les résultats obtenus à l'école, je mettais en relation directe la nourrice et l'institutrice de façon que ma pupille fût constamment placée sous la surveillance de l'institutrice tant à l'école qu'à la maison d'habitation.

Au bout de quelques mois, tout rentrait dans l'ordre, au double point de vue du relèvement moral et de l'amélioration physique. Il en résultait, en outre, ceci de très intéressant, que, grâce aux visites inopinées de l'institutrice, la maison était mieux tenue ; d'où effet en retour de l'éducation de l'enfant sur celle de la nourrice.

La mansuétude, la patience, la persévérance et la continuité d'efforts, si salutaires pour régénérer les enfant de 6 à 13 ans, ne le sont plus quand il s'agit de jeunes gens plus âgés et indisciplinés. Ici, la répression doit être aussi hâtive qu'énergique. En voici un exemple.

Dans le courant de l'année 1897, mon cabinet, fut, un soir, subitement envahi par une vingtaine de solides gaillards âgés de 16 à 20 ans, venant réclamer brutalement leur entrée à l'hôpital dépositaire: « C'est notre droit, disaient-ils, vous ne pouvez nous le refuser ».

Comment, dans quelles conditions, et à la suite de quel mot d'ordre ces jeunes gens avaient-ils quitté leurs places, c'est ce qui ne se présenta point de suite à mon esprit. Ce que j'étais obligé de constater, c'était quelque chose comme une révolte.

Gardant mon sang-froid, j'invitai mes élèves à quitter mon bureau, leur disant que j'étais tout disposé à écouter leurs plaintes. Je les fis ensuite aligner dans le corridor et les passai lentement en revue, l'un après l'autre, fixant chacun dans les yeux. Quatorze me parurent troublés, hésitants et baissèrent

sur ce plan. On décèle ainsi très bien soit des masses de scybales dures qui s'accompagnent ordinairement de colospasme soit, au contraire, des masses molles et pâteuses s'il s'agit de constipation atonique.

Chez la femme, l'exploration du rectum et du colon pelvien se fait très facilement en position gynécologique ordinaire par le toucher combiné au palper et suffit, dans la grande majorité des cas, à décider s'il y a ou non rétention. Mais encore faut-il y penser et je dis que l'aide chargé de préparer une malade à une opération surtout abdominale ne doit jamais manquer de pratiquer cet examen tout comme il doit penser à l'asepsie de la peau ou des muqueuses du champ opératoire.

La constipation habituelle joue un rôle très important, de plus en plus fréquent, dans les souffrances de l'éternelle blessée et bien des femmes ont été castrées qui n'étaient que des constipées.

La constipation détermine *in situ* des crises douloureuses et comme ces douleurs sont souvent très localisées, segmentaires, comme l'entérospasme qui les engendre, on les attribue facilement à un organe voisin, l'ovaire par exemple, s'il s'agit du colon pelvien ; mais elle détermine aussi des névralgies à distance (névralgie intercostale, fausse angine de poitrine...), de la congestion passive du petit bassin, si bien que l'on a été jusqu'à prétendre qu'elle suffirait à déterminer chez les vierges des métrorrhagies tenaces, ce qui me paraît exagéré ; elle s'accompagne très souvent d'entérite mucomembraneuse. Qu'on me permette d'exprimer, en passant, ma surprise de voir bon nombre de cliniciens, particulièrement des hydrologues, s'obstiner à faire rentrer la péri-métrite dans l'étiologie de cette affection. A ce compte les périmétrites graves, les suppurations pelviennes devraient presque toujours s'en accompagner et c'est au contraire l'exception. La périmétrite détermine volontiers de l'entérite ou de la colite banale quand un de ses foyers a tendance à s'ouvrir dans l'intestin. Mais point, cette affection si particulière qui, par l'entremise de la constipation qui la précède, semble relever le plus souvent du neuro-arthritisme.

Du fait de la rétention fécale et de l'atonie musculaire, *la constipation* peut s'accompagner de distensions du colon tout à fait surprenantes par leur volume et singulièrement aptes à provoquer l'erreur :

J'ai observé chez une femme enceinte de quelques mois une dilatation du colon descendant qui simulait, aussi bien avant qu'après la laparotomie exploratrice à laquelle me déterminèrent des phénomènes de pseudo-occlusion, un volumineux kyste uniloculaire... et je ne fus pas le seul à m'y laisser prendre. La laparotomie fut suivie, sous l'influence de simples entéroclyses, de débacles énormes et la grossesse put atteindre son terme. En ce cas la tumeur n'était ni dure, ni pâteuse, comme le sont les tumeurs stercorales, mais bien rénitente comme un kyste et pour la raison qu'elle ne contenait que des matières liquéfiées par une série de purgatifs précédemment administrés. Le pseudo-kyste était limité au niveau du coude splénique du côlon et de l'S iliaque par deux spasmes très nets de la paroi intestinale.

J'ai observé tout dernièrement, dans le service de M. Tuffier, une femme pour laquelle il avait

---

leur regard. Six se montrèrent particulièrement arrogants et menaçants.

Je délivrai collectivement un bulletin d'entrée à l'hospice, et fis part de suite de l'affaire au préfet en lui proposant de sévir incontinent contre les chefs de la bande. Il m'autorisa, en ma qualité de délégué-tuteur, à solliciter du Président du tribunal une punition de 30 jours de cellule sans condamnation, en vue d'éviter le casier judiciaire. Ma demande accordée, je fis, la nuit venue, monter mes six gaillards dans un fiacre qui nous conduisit à la prison où une cellule fut donnée à chacun d'eux. Huit jours après il ne restait plus un seul de mes révoltés à l'hospice dépositaire, tous m'ayant demandé à les réintégrer dans leurs places. Il en fut de même pour les six punis de cellule : à leur sortie de la prison ils revinrent chez leurs anciens patrons.

Ma fermeté et mon sang-froid avait eu raison de cette mutinerie.

Un troisième moyen de régénération morale m'a donné de bons résultats. Il consiste à dépayser le pupille vicieux en l'envoyant dans un autre département, après décision concertée entre les préfets intéressés et le ministre de l'intérieur. — Depuis qu'on a élevé la minorité pénale à 18 ans, l'engagement militaire peut être un moyen efficace de corriger certains pupilles en les changeant de milieu.

—

En somme, et exception faite pour la mutinerie que j'ai racontée, on voit que pendant les quinze années que j'ai exercé les fonctions de délégué tuteur, je n'ai jamais considéré les colonies pénitentiaires et maisons du Bon-Pasteur, que comme un pis-aller déplorable. Je me suis toujours efforcé d'amender mes pupilles par l'éducation familiale, par l'atmosphère du travail et de santé dont je les enveloppais ; j'ai voulu que la maison où ils étaient réunis fût pour eux une véritable maison familiale. Et je crois fermement que, si l'on avait créé pour eux préventivement une telle maison, il y a de fortes chances pour qu'ils nefussent jamais devenus vicieux ou difficiles.

Puisque le mauvais exemple et la contagion nous donnent chaque année un nombre considérable de pupilles vicieux, je voudrais au moins que tous ceux qui assument la lourde charge de veiller à leur amendement se pénétrassent des conseils donnés par la circulaire ministérielle du 20 juillet 1904, commentaire à la loi du 28 juin de la même année ;

« Pour les enfants vicieux, pour les enfants difficiles, pour tous ceux dont les écarts de conduite nécessitent un traitement dans un établissement de relèvement moral, la sévérité du traitement doit être nécessairement en raison directe de la gravité de ces écarts. Mais, en ce qui concerne le traitement individuel, la compassion qui sait ne pas humilier, la douceur, l'affection persévérante et sincère — les enfants ont un sens très fin pour discerner cette sincérité-là — feront souvent de plus utile besogne que les reproches, la coercition et les châtiments. Si le chef réussit à persuader à l'enfant qu'il l'aime, il aura sa cause aux trois-quarts gagnée.

Dr Emile BARTHÈS.

porté, avant l'ouverture du ventre, le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire, et ce diagnostic paraissait tellement net de par la consistance pâteuse du contenu, que le maître avait présenté le cas à ses élèves comme absolument typique, tout en faisant cette réserve humoristique et sagement paradoxale, qui l'était même à ce point que l'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas de toute autre chose. Or ce toute autre chose était un énorme calcul fécal entouré de matières molles, le tout siégeant dans un côlon descendant considérablement dilaté. La tumeur attirée hors du ventre, on en reconnut la nature, non pas à première vue mais bien après avoir constaté la présence de gaz à son intérieur et exploré ses connexions.

Cruveilhier a vu, dans un cas, l'S. iliaque prendre un développement tel qu'il recouvrait la totalité de l'intestin grêle, atteignant d'une part, la région hypogastrique et, de l'autre, la fosse iliaque et le flanc droit. Mais continuons... :

La constipation engendre les hémorrhoïdes, la fissure anale ; elle suffit à provoquer l'obstruction intestinale ; elle détermine par voie réflexe et surtout de par la stagnation et l'absorption des toxines, toute une série de troubles qui sont bien connus : céphalées, bouffées congestives, nervosisme, accès de fièvre surtout après purgation, éruptions diverses, etc. Qu'une personne chroniquement constipée se trouve un beau jour dans la nécessité de subir une intervention, ces phénomènes toxiques si l'on n'y prend garde et si l'on n'obvie à leur cause, vont prendre, par le fait même du traumatisme opératoire, une singulière importance :

En effet, il semble actuellement prouvé que, si le tube gastro-intestinal est le grand laboratoire de nos auto-intoxications, non seulement la paroi intestinale elle-même, avec son appareil lymphatique, mais le foie, les poumons, le sang, la plupart des organes exercent une fonction protectrice contre ces produits toxiques intestinaux. Or, nous savons très bien qu'à la suite d'une chloroformisation, ces mêmes organes sont touchés d'une façon assez durable dans leur vitalité ; leur rôle de défense ou d'élimination ne peut donc qu'en souffrir. Au niveau de l'intestin, en particulier, il y a diminution de la fonction de défense, non seulement par l'action probable de l'anesthésique sur l'épithélium, mais sûrement, si l'on a ouvert le ventre, du fait de l'atonie plus ou moins prononcée, mais quasi-constante.

L'annihilation de cette défense, peut même aller jusqu'à permettre le passage, non seulement des toxines, mais des germes eux-mêmes dans la circulation générale et le péritoine, créant ce que l'on a appelé la « septicémie intestino-péritonéale » et les observations qui l'ont démontrée ne sont que confirmées par tout ce que l'on nous a appris en ces derniers temps sur la migration, en dehors de toute condition opératoire, des germes pathogènes de l'intestin dans la circulation générale et les viscères tels que le poumon.

Ce dont je suis bien certain, pour les avoir observées, c'est de l'existence, du seul fait de la stécorémie et sans intervention de la péritonite, de septicémies post-opératoires légères il est vrai, passagères, facilement curables, mais ne demandant pas moins à être diagnostiquées, car l'issue en pourrait être tout autre, si l'on n'y portait promptement remède.

En tout cas, elles sont aptes à inquiéter et égarer singulièrement le clinicien insuffisamment instruit de la variabilité des suites opératoires et porté à attribuer toute hyperthermie post-opératoire, à une infection venue de la plaie.

Si, opérées ou non, les femmes constipées à un même degré, ne présentent pas les mêmes accidents, c'est qu'il faut compter non seulement avec la quantité mais avec la qualité des toximes et l'inégalité, suivant les sujets, de ces moyens de défense dont nous venons précisément de parler. On comprend que, chez les vieillards, ces moyens soient particulièrement en souffrance du fait de l'usure des tissus.

Je me contenterai de prendre dans mes notes trois exemples de ces stercorémies post-opératoires, exemples dissemblables, non par la symptomatologie qui dans ses éléments dominants m'a paru toujours assez fixe et assez simple, mais par leur apparente gravité.

Commençons par un cas très léger :

Voici une malade, assez anémiée, atteinte d'atonie intestinale, à laquelle je pratique le 13 nov. 1905 une hystérectomie abdominale sus-isthmique pour fibrome. Avant l'opération, l'intestin a été soumis aux soins que j'indiquerai. Pourtant dès le lendemain matin 14, la T. est de 38° et la langue est *aussi sèche, aussi rôtie qu'on peut l'imaginer* ; mais tous les autres symptômes sont satisfaisants : pas de ballonnement, émission de quelques gaz, facies excellent, pas d'agitation, pas de dyspnée, *pouls à* 80, etc. Le soir de ce même jour la T. n'est plus que de 37°8 ; on donne un lavement suivi d'émission de gaz et d'un peu de matières. 15 novembre le matin T. 38° ; deux verres d'eau de Sedlitz suivis d'évacuations abondantes. Le soir T. 37°5. Le 16 la T. est à 37° et se maintient dès lors à la normale jusqu'au lever. La langue se nettoie en quelques jours grâce à d'autres évacuations provoquées. Aucun autre incident.

Second cas d'apparence un peu plus sérieuse, mais surtout par le fait du grand âge de la malade. Femme de 77 ans atteinte depuis longtemps d'un kyste multiloculaire de l'ovaire assez volumineux, présentant des symptômes assez brusques de péritonite avec anurie que je rapportai à la torsion du pédicule ; mais il s'agissait en réalité, comme les constatations opératoires et la suite le démontrèrent, d'une compression tout à la fois du pédicule de la tumeur et des deux uretères par des lobes solides de la tumeur encastrés dans le petit bassin. Le fond de la paroi du kyste était déjà de coloration grisâtre. Les urines revinrent en abondance dès le lendemain de l'intervention. Mais je passe sur ces détails, malgré leur intérêt. Ces mêmes lobes de la tumeur qui comprimaient les uretères, comprimaient aussi, comme bien on pense, le côlon pelvien, d'où constipation chronique et opiniâtre encore accentuée par la déchéance sénile. Le cas étant pressant je n'eus que le temps de faire administrer un grand lavage intestinal, le soir même où je vis la malade et l'opérai le lendemain matin 17 janvier, d'ailleurs sans incident.

— Dans la nuit du 17 au 18, grande agitation. Le 18 au matin, langue sèche, T. 37° ; le soir, T. 37°5, pouls 108. Etat de subconscience. Le reste de l'appareil symptomatique est satisfaisant. Eau de Sedlitz et lavement purgatif sans effet. Le 19, T. du matin 38°2, pouls 110, lavement de sel sans effet ; le soir T. 38°2 ; l'huile de ricin à

doses fractionnées donne émission de gaz et garde-robe liquide peu abondante et infecte ; toujours langue *très sèche.* Le 20, garde-robes abondantes et dès ce jour l'état revient à la normale et la guérison a lieu sans incidents.

Troisième cas : dans lequel on voit apparaître un symptôme nouveau, qui pourrait être des plus alarmants pour un observateur non prévenu à savoir ; un frisson intense analogue à celui des grandes septicémies. Femme atteinte de fibrome à évolution pelvienne comprimant à la fois l'urèthre et le rectum, d'où rétention d'urine nécessitant des cathétérismes répétés, et constipation opinâtre. Suivant mon habitude, je purge la malade l'avant-veille de l'opération et lui fais pratiquer, la veille, un grand lavage intestinal. L'exploration de la partie terminale du côlon était rendue impossible par la disposition même de la tumeur, mais les garde-robes avaient été nombreuses et abondantes et je les avais crues suffisantes. Or à l'ouverture du ventre (19 avril 1903), je trouvai le côlon pelvien bondé d'une colonne de matières durcies. Je m'attendais donc un peu à des accidents stercorémiques mais pas à la façon dramatique dont ils s'annoncèrent :

Le lendemain soir de l'intervention la T est de 37°,8, pouls 108, langue un peu sèche. Rien de particulier par ailleurs. Je venais de quitter la malade après avoir ordonné un lavement purgatif quand je suis rappelé par téléphone. Peu de temps après l'administration du lavement, la malade a été prise d'un frisson prolongé et intense à secouer son lit, avec lipothymie ; puis est survenue une grande débâcle de matières fétides. Le lendemain matin, 20 avril : T 37°8, P. 100. Langue *absolument cornée*, mais, par ailleurs, tout est aussi satisfaisant que possible : 2 verres d'eau de Sedlitz. Le soir T 38°,8 ; P. 100. La malade a eu plusieurs selles moulées suivies de débâcles liquides et très fétides. — Le 21 au matin ; T 38 ; P. 96. Malade très agitée, langue toujours aussi mauvaise. Mais tous les autres symptômes sont bons. Le soir : T 38°2 ; P. 98. A la suite d'un nouveau purgatif et d'un grand lavage intestinal, plusieurs selles très fétides. — Le 22, matin : T 38, 2 ; P. 80 ; soir T. 38°3 ; P. 80 ; deux lavages intestinaux ramènent encore des matières très fétides. — Le 23, matin T 37°3, P. 80 ; soir T. 37,8, P. 80 ; nouveau purgatif et deux lavages intestinaux ; encore des selles fétides, Le jour suivant enfin, la T redevient normale et tout rentre dans l'ordre. La malade guérit sans autre incident.

En somme dans les stercorémies post-opératoires que j'ai observées et dont je crois inutile de multiplier les exemples, la symptomatologie m'a paru se borner, comme symptômes constants : 1° à l'élévation de la température que je n'ai pas vu dépasser 39°, qui dure 1 jour et 1/2 à 2 jours dans les cas légers, mais jusqu'à 3 et 4 jours, malgré les évacuants répétés, dans des cas plus prononcés ; 2° à la sécheresse de la langue qui, même dans des cas très bénins, peut être absolument cornée ; 3° à la fétidité des garde-robes. Comme symptômes accessoires : agitation, insomnie, subdélire, frissons. Tout le reste de l'ensemble clinique et particulièrement l'état du pouls ne peut que rassurer. D'autre part, les accidents ne se manifestent souvent que peu après l'administration des purgatifs ou lavements du fait de la dilution des scybales. Il est très fréquent d'observer chez les opérées qu'on vient de purger une élévation thermique de quelques heures à 38°.

Evidemment, tout cela est simple ; mais encore faut-il y penser.

La stercorémie, dans les suites de couches, est au moins aussi fréquente qu'après les interventions chirurgicales et revêt même volontiers des allures plus graves : hyperthermie très prononcée, frissons intenses, douleurs lombo-abdominales des plus vives. On comprend combien on peut être alarmé, si l'on n'est pas prévenu, de l'apparition en semblable circonstance, de pareils symptômes pour une cause aussi banale en soi que la constipation.

Je voudrais en terminant répondre à ces deux questions : quels sont les moyens les plus aptes à vaincre d'une façon durable, la constipation habituelle chez la femme ? Quels sont les moyens à employer plus particulièrement avant et après les opérations et particulièrement les laparotomies, pour combattre la rétention fécale et prévenir la stercorémie ?

La constipation habituelle est due à des obstacles mécaniques, à des fautes d'hygiène, à une viciation de la motricité de la paroi abdominale ou de l'intestin lui-même, à des troubles sécrétoires de l'intestin ou des glandes annexes.

Il est bien clair que si la constipation habituelle relève d'obstacles mécaniques : tumeurs agissant par compression de dehors en dedans, adhérences, cancer infiltrant la paroi du tube intestinal, affections douloureuses telles que la fissure anale déterminant le spasme ... il faut le plus souvent recourir à la chirurgie.

Il est facile, pour peu que la malade s'y prête, de remédier aux fautes contre l'hygiène générale telles que sédentarité, irrégularité dans les heures où l'on se présente à la garde-robe, alimentation trop carnée.

Mais il est rare que la constipation en relève exclusivement et le plus souvent, surtout chez la femme, elle dépend de viciations motrices, (atonie ou spasmes) ou secrétoires commandées par le neuro-arthritisme.

Avant tout, il faut apprendre aux constipées à s'abstenir peu à peu des laxatifs et lavements médicamenteux.

Les préparations lactées acides et en particulier le lait caillé ayant subi la fermentation lactique, jouissent actuellement d'une réputation assez méritée.

D'autre part, j'ai obtenu de beaux succès du traitement de Tissier qui agit en modifiant à fond la flore intestinale et dont voici les grandes lignes : s'abstenir de lait, viandes, œufs, poissons. Se nourrir de fruits, légumes, graisses, féculents, pâtes, eau lactosée. Prendre 1/2 heure avant le déjeuner et le dîner un verre de Bordeaux d'une culture provenant de la symbiose du bacillus bifidus et de bacilli acidi paralactici.

Mais c'est surtout à l'emploi synthétique et raisonné des agents physiques ; massage, hydrothérapie, gymnastique suédoise, électrisation, qu'il faut accorder sa confiance. Pour masser un ventre de constipée point n'est besoin d'être un virtuose dans le genre : des frictions circulaires sur la masse de l'intestin grêle, des pressions méthodiques sur tout le trajet du côlon, depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque et par là-dessus, si l'on veut, quelques hachures, voilà le nécessaire. La compresse froide appliquée durant une demi-

heure sur le ventre, le matin, au réveil, réussit parfois chez les atoniques. A la gymnastique suédoise, il faut demander tous les mouvements propres à fortifier la musculature abdominale. Mais c'est certainement l'électrothérapie qui donne les effets les plus marqués et les plus durables :

A la galvano-faradisation je préfère de beaucoup, et autant pour sa simplicité que pour son efficacité, la simple galvanisation suivant la méthode de Delherm : deux électrodes de 12 cmq. environ sont placés l'un sur le flanc droit, l'autre sur le flanc gauche ; on fait monter sans arrêt mais lentement l'intensité du courant jusqu'à 60 milliampères au moins, mais davantage, 80, même 100 milliampères si la malade peut le supporter ; puis l'on redescend immédiatement, mais avec la même lenteur au zéro; on renverse le courant ; on remonte à 60, 80 ou 100 milliampères, et ainsi de suite durant 1/4 d'heure environ. Les séances sont répétées tous les jours. Il peut arriver que, dès le lendemain de la première, la malade aille spontanément à la garde-robe, mais en général il en faut de 5 à 6 pour obtenir un résultat marqué. Si au bout de ce temps l'effet est nul, ce qui est bien rare, il faut renoncer à la méthode. Pour les malades chez lesquelles le spasme domine, il ne faut pas dépasser 40 à 50 milliampères et manier très lentement le commutateur. Pendant toute la durée de la cure, la malade doit se présenter tous les jours et à la même heure à la garde-robe, faire effort durant 5 à 6 minutes pour obtenir une selle, et seulement en cas d'insuccès, user d'un petit lavement d'un verre d'eau simple ou additionné d'un peu de glycérine.

Pour prévenir la stercorémie post-opératoire, le moins que l'on puisse faire consiste à donner un purgatif l'avant-veille de l'opération et un grand lavage intestinal la veille et pas plus tard que trois heures après-midi, c'est-à-dire à peu près à égale distance du déjeuner et du dîner. Si l'on ne purge que la veille on se trouvera en présence, s'il s'agit d'une laparotomie, d'un ballonnement intestinal beaucoup plus marqué. Si l'on ne pratique le lavage intestinal que le matin même, voire la veille au soir, il pourra n'être rendu en tout ou en partie qu'au cours de l'opération, ce qui est sans charme. Mais il est des malades atteintes de constipation chronique et particulièrement en cas de tumeurs pelviennes, qu'il sera indispensable de purger à trois et quatre reprises, sans compter les lavages intercalaires, pour obtenir une évacuation complète, et, encore une fois comme je l'ai dit, pour être sûr que cette évacuation soit suffisante, faut-il user du toucher et du palper.

Le lendemain soir d'une intervention abdominale, je fais toujours donner le lavement conseillé par Pozzi et composé de 6 cuillerées à bouche de vin rouge et 3 de glycérine ; il provoque généralement l'émission de gaz et de quelques matières. Je purge systématiquement 48 heures après toute laparotomie sauf, bien entendu, si l'intestin a été ouvert, donnant la préférence soit à l'eau de Sedlitz, soit à l'huile de ricin. Si le premier verre d'eau de Sedlitz est vomi, on en donne un second une heure après et celui-ci est le plus généralement gardé.

L'huile de ricin doit être administrée de préférence à doses fractionnées, par cuillerée à café de 1/2 heure en 1/2 heure ou d'heure en heure jusqu'à concurrence de 30 ou 40 grammes. Le lavement électrique suivant la méthode de Boudet (de Paris) trop connu pour que j'en rappelle la technique, n'a sa raison d'être que dans le cas d'atonie intestinale annonçant ou frisant la péritonite ou l'obstruction.

Je m'excuse auprès du lecteur de m'être arrêté à des détails peut-être un peu trop stercoraires, mais pour qui se livre à la chirurgie abdominale le son d'un gaz attendu est singulièrement plus mélodieux que les plus doux accents de la flûte de Pan, dont la réputation, ô Daphnis, me paraît d'ailleurs avoir été bien surfaite.

THÉRAPEUTIQUE

Sur la médication kératoplastique.

Le Dr Lebourin nous donnait récemment dans ce journal (1) son opinion personnelle sur l'action germicide d'un nouveau sel vanadique, le *Trioxychlorométhyle de Vanadium.* Nous n'avions, certes, pas attendu cet article pour connaître l'Anios, car depuis bientôt un an, nous l'utilisons avec succès pour nos pansements habituels. L'oxygène qu'il dégage d'une façon régulière et permanente nous a paru, en effet, exercer une action antiseptique au moins égale à celle du sublimé, et nous admettons volontiers, que la solution à 2 % possède un pouvoir germicide absolu.

Mais sans envisager ici les qualités pratiques de l'Anios, indiquées par notre confrère (innocuité pour les instruments et le linge, absence totale d'odeur et de toxicité), nous voudrions attirer l'attention des praticiens sur un côté fort intéressant de la question et qui n'a pas, à notre avis, été suffisamment élucidé par le précédent auteur.

Nous voulons parler de l'action *kérato-plastique* de l'Anios.

Nous savons tous que l'oxygène est un stimulant remarquable de la vitalité cellulaire et qu'il rend les tissus plus résistants à l'action des toxines. Il était donc naturel de penser que la production permanente d'oxygène qui vient de l'Anios doit développer, par cette permanence, la valeur cicatrisante primitive de l'oxygène. Mais par contre, il s'agissait aussi de savoir si cette production permanente n'est pas de nature à exercer elle-même, des effets caustiques sur l'épiderme et les muqueuses.

Or, dans la grande majorité des cas observés, nous avons toujours été frappés par la rapidité particulière de la cicatrisation des plaies soumises à l'Anios. Nous utilisons, comme les autres médecins, la solution à 1 ou 2 % en pansements humides, et la poudre d'Anios pure ou mélangée au talc, pour les pansements secs. La solution à 2 % est celle que l'on obtient en versant dans un litre d'eau bouillie le contenu d'une division de flacon d'anios.

Sous l'influence des pansements humides, les plaies se détergent, leur surface prend une coloration rouge vif et la suppuration diminue. Avec la poudre que nous utilisons ensuite, quand les phénomènes inflammatoires aigus ont disparu, la perte de substance se comble, les bourgeons charnus se multiplient, les bords cutanés se rapprochent et la cicatrisation s'effectue.

(1) Voir *Concours médical*, n° 14, 1907.

En aucun cas nous n'avons observé de lésion irritative aux points d'application du topique, et la marche normale de l'évolution cicatricielle prouve évidemment la non causticité de l'Anios. Cette substance, à notre avis ne peut d'ailleurs être caustique, parce ce que sa production d'oxygène est régulière et progressive. Elle ne peut donc traumatiser les tissus ; et si l'oxygène qu'elle dégage acquiert des propriétés kératinisantes aussi manifestes, c'est uniquement parce qu'il est fourni aux cellules d'une façon régulière et permanente.

C'est principalement sur les ulcères atones que cette puissance de cicatrisation est facile à observer. Sous l'action des pansements humides, leur mauvaise odeur et leur purulence diminuent tout d'abord ; ils deviennent indolores ; puis, en saupoudrant la plaie, on voit le liseré cicatriciel périphérique gagner de proche en proche et combler, en 3 à 4 semaines environ, toute l'ulcération primitive.

De même si nous traitons par l'Anios, les ulcérations du col utérin, nous parvenons à les effacer d'une façon particulièrement rapide. Mais ici, il importe de faire quelques remarques utiles. On sait que les ulcérations cervicales sont presque toujours entretenues par une abondante leucorrhée. Il faut donc, tout d'abord arrêter, cette sécrétion pathologique. Pour cela, voici le moyen que nous préconisons, il est pour nous le plus actif. Après injections biquotidiennes de 2 litres de la solution à 2 % chauffée à 45°, nous faisons placer chaque soir par la malade, un ovule thigénolé à 30 % et cela pendant 8 à 10 jours. Sous l'influence du thigénol, qui est un excellent résolutif, il se produit une abondante exsudation utérine et par suite une diminution très nette de la pyorrhée. Nous cessons alors le thigénol et plaçons tous les deux jours au contact de l'ulcération cervicale, un tampon fortement saupoudré de poudre d'Anios, tout en continuant, les injections habituelles. Par ce traitement, il est rare de ne pas obtenir en 2 à 3 semaines la disparition complète des ulcérations cervicales et quelle que soit leur étendue.

N'était-il pas utile, après ces résultats, d'insister un moment sur les propriétés éminemment cicatrisantes du trioxychlorométhyle de vanadium ? Un antiseptique puissant et sans danger n'est pas seulement nécessaire aux praticiens ; ils ont souvent besoin de faire appel aussi à un agent kératoplastique, et nous pensons qu'ils trouveront dans l'usage de l'Anios la possibilité de réaliser à la fois les deux médications.

Dr Al. Marceaux.

Caisse des pensions de retraites du Corps médical français

Siège social : 22, *place Saint-Georges, Paris*

Paris, le 1er mai 1907.

Mon cher Collègue,

J'ai l'honneur de vous faire part des différentes dates de nos réunions pour le mois de mai.

Samedi 11 *mai*, à 2 heures, réunion du Comité-Directeur.

Dimanche 12 *mai*, à 10 heures, réunion du Comité des Censeurs.

Jeudi, 16 *mai à 2 heures*, assemblée générale des adhérents.

Ces diverses réunions se tiendront dans les bureaux du « Concours Médical », 23, rue de Dunkerque.

Veuillez agréer, mon cher Collègue, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Secrétaire-général,

Dr Delefosse.

Rapport qui sera présenté par le secrétaire général

Messieurs et chers collègues,

Notre association entre dans sa vingt-troisième année d'existence. Pendant cette période, déjà longue si l'on se reporte à la date de sa naissance, mais courte si l'on regarde vers l'avenir, elle a subi ce qui est inhérent aux choses humaines qui se créent : elle a eu des périodes de tâtonnement : elle a subi des bourrasques : elle a eu ses moments d'incertitude.

Aujourd'hui la situation n'est plus la même. Grâce à notre actuaire, nous avons des bases solides pour nos tarifs ; les liens qui nous attachent à l'Association générale des médecins de France et à l'Association amicale se resserrent tous les jours et nous permettent d'offrir à nos collègues de France, tous les genres de prévoyance, soit contre la misère, soit contre la maladie.

La mutualité a pris, dans ces dernières années, une grande extension : elle s'est infiltrée même parmi les classes qui étaient les plus réfractaires aux idées du souci du lendemain. Il ne faut pas, que le corps médical se désintéresse de cette question vitale : aussi bien les riches que les modestes. Il est incontestable que les temps sont durs pour le médecin et venir lui demander de verser une prime annuelle, lorsqu'il joint à peine les deux bouts à la fin d'une année de labeur intensif, paraît aventureux et cependant c'est un grand soutien dans les luttes pour l'existence, que la certitude d'une somme fixe et annuelle à toucher lorsque l'heure de la retraite aura sonné, de savoir que cette somme peut revenir à ceux que l'on laisse, moyennant un faible supplément.

Depuis notre dernière assemblée aucun fait saillant ne s'est produit. Les cas particuliers qui m'ont été soumis par nos adhérents ont reçu, j'espère, les solutions désirées. Lorsque la question était un peu épineuse, j'ai toujours pu la résoudre grâce au concours bienveillant de notre actuaire.

Votre comité s'est toujours efforcé, dans ses réunions, d'étudier toutes les questions qui pouvaient aider à la propagande de notre association. Les *Bulletins* de l'Association générale et le *Concours médical* sont pour notre société une source intarissable de publicité et je suis sûr d'être votre interprète en leur adressant vos sincères remerciements.

Je laisse la parole à notre dévoué trésorier. Dans une société comme la nôtre, le trésorier est la pierre angulaire de l'édifice ; c'est sur lui que tout repose : c'est à lui qu'incombent les plus lourds travaux et le labeur le plus ingrat. Je laisse à notre cher président le plaisir de vous proposer le vote de nos vifs et sincères sentiments de gratitude pour notre excellent trésorier.

D[r] DELEFOSSE.

Rapport qui sera présenté par le trésorier.

Messieurs et chers collègues,

Nos bilans se ressentent forcément des fluctuations de la bourse ; celui que j'ai l'honneur de vous présenter s'en ressent très douloureusement : le portefeuille, comme vous pouvez le voir au compte « Profits et Pertes » a subi, d'une année à l'autre, une dépréciation de près de quarante mille francs; c'est le contre-coup fatal, la conséquence inévitable des essais financiers dont on nous menace : l'impôt sur le revenu nous frappe ainsi déjà d'avance ; que sera-ce plus tard ?

Il est vrai qu'il ne faut pas, pour une institution comme la nôtre, se préoccuper par trop de ces moins-values ; nous ne sommes pas obligés de vendre nos valeurs ; nous achetons, au contraire, tous les ans et nous achetons ainsi meilleur marché; c'est une compensation !

Vous voyez au tableau de la caisse que nous avons acheté, en 1906, 50 obligations du chemin de fer d'Orléans et 30 obligations du chemin de fer de l'Est ; cette année, nous achèterons à peu près autant ; encore meilleur marché, puisque la baisse des valeurs s'est encore accentuée; et qui sait si, l'année prochaine, tous ces grands projets étant tombés dans l'eau, nous ne pourrons majorer notre portefeuille d'une plus-value très considérable ?

En attendant je suis vraiment très marri de vous présenter ces chiffres.

Au chapitre des dépenses, nous voyons figurer pour la dernière fois, c'est bien entendu, des remboursements de cotisations ; ce sont deux de nos veuves, lesquelles n'avaient pas très bien compris la situation et que vous avez autorisées, dans votre dernière assemblée générale, à toucher le montant intégral de leurs versements ; la liquidation est absolument terminée ;

L'Association générale avait versé pour l'une de ces veuves la somme de 300 fr. représentant ses cotisations annuelles; cette somme devait être remboursée à l'Association, vous la voyez figurer au même compte.

La somme totale de nos pensions de retraite s'est élevée à 28.000 francs ; cette année, elle ne sera pas très sensiblement différente ; quatre de nos collègues sont arrivés à l'âge de la retraite : mais j'ai la douleur de vous annoncer la mort de deux d'entre eux ; MM. D. et L. Comme ils ne sont décédés qu'après le 1[er] janvier la pension leur était acquise et votre trésorier a déjà fait les démarches nécessaires pour que ces sommes soient versées à la succession ; un de nos retraités les plus âgés, M. L. est décédé dans le courant de février dernier ; l'année dernière, nous avions eu aussi le regret d'enregistrer la mort de M. G.

Au chapitre des recettes vous remarquerez la somme importante que vient apporter à la Caisse des pensions la combinaison qu'elle a faite avec la société l'Amicale ; cette année encore, nous avons eu le plaisir d'inscrire de nouveaux membres de cette société que gère avec tant de zèle et d'affection notre ami, M. Gassot :

Vous remarquerez aussi le don généreux que continuent à faire MM. L. et B. deux de nos retraités; depuis qu'ils ont obtenu leur pension de retraite, nos deux collègues n'ont pas voulu en toucher le montant et l'ont généreusement abandonné à l'œuvre.

Que dirai-je, Messieurs, de la situation actuelle ! Nous continuons à vivre simplement, faisant, comme on dit, notre petit bonhomme de chemin. Nos cotisations se maintiennent à peu près au même chiffre : notre portefeuille s'augmente tous les ans de nouveaux titres, nos revenus grossissent ; l'équilibre se maintient ainsi.

Pour votre tranquillité et pour la mienne, je souhaite que cette « euphorie » dure indéfiniment, tout fait croire, au reste, tout assure même qu'il en sera ainsi.

Caisse des Pensions de Retraites du Corps médical français.

SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 1906

Caisse à divers :		
A caisse des pensions :		
Cotisations ordinaires...	49.231 60	
Par l'Association amicale	9.552 »	58.783 60
Subvention de l'Etat....		188 »
Abandon de pension,		
Par M. le D[r] L..........	142 »	
Par M. le D[r] B..........	83 »	225 »
Total....................		59.196 60
A rente 3 % amortissable, intérêts...		2.197 50
A obligations foncières 1883, coupons.		1.440 »
A oblig. du Midi, coup....	4.348 80	
Remb. de 6 obl.	2.976 14	7.324 94
A oblig. Paris-Lyon-Méditerr., coup.		4.416 75
A oblig. Chem. de fer de l'Est, coup.		720 »
A oblig. Ch. de fer d'Orléans, coup.		1.800 »
A oblig. Banq. hypothéc. 1881, coup.		993 60
A oblig. Banq. hyp. 1880, c.	7.536 96	
Rembours. d'une oblig...	977 10	8.514 06
Total....................		86.603 45

31 *décembre* 1906.

Divers à Caisse:		
Par divers pour achat de valeurs du portefeuille :		
Par oblig. du chemin de fer d'Orléans. (50 obligations à 446 »)		22.300 »
Par oblig. chemin de fer de l'Est..... (30 obligations à 440 75)		13.222 50
Par caisse des pensions :		
Paiement des retraites..		28.011 15
Remboursement à divers :		
Madame Veuve H........	1.810 »	
Madame Veuve S........	1.686 »	
A l'Assoc. génér. p[r] remb. de ses versemements à Mad. Vve S............	300 »	3.796 »
Par frais généraux :		
Frais de trésorerie.......	3.018 30	
Frais de *secrétariat*.....	1.030 »	
Frais aux banques......	575 »	4.623 30
Total....................		71.952 95

31 *décembre* 1906.

Tableau des moins-values, soit la différence de valeur des titres du portefeuille du 31 *décembre* 1905 *au* 31 *décembre* 1906 (*bourse de Paris*) :

Obligations du Midi	6.490 »
Obligations foncières 1883	1.800 »
Obligations Orléans	2.850 »
Obligations P.-L.-M.	8.000 »
Obligations Midi nouvelles	2.686 »
Rente 3 0/0 amortissable	5.043 50
Banque hypothécaire 1881	2.070 »
Banque hypothécaire 1880	9.120 »
Obligations Est	1.350 »
Total des moins values	39.409 50

Tableau des retraites.

MM.		MM.	
A	600 »	Report...	4.845 65
B	83 »	B	800 »
B	800 »	C	323 35
B	800 »	C	800 »
B	162 65	C	228 »
B	800 »	C	800 »
B	800 »	D	322 »
B	800 »	D	221 »
E	800 »	L	830 65
G	173 35	M	800 »
G	309 65	M	800 »
G	2.400 »	M	751 65
G	150 85	M	800 »
H	800 »	O	800 »
H	800 »	P	600 »
H	337 »	P	372 »
J	1.600 »	P	661 »
J	1.600 »	R	73 »
L	400 »	R	130 »
L	217 »	R	800 »
L	800 »	R	557 »
L	142 »	R	366 »
L	800 »		
A reporter	19.669 85	Total...	28.011 15

31 *décembre* 1906.

Profits et pertes

Par profits et pertes :		
Frais généraux	4.623 30	
Moins-value sur les valeurs du portefeuille	39.409 50	
Solde, versé au comp. capit.	6.810 26	
Total		50.843 06
A profits et pertes, par divers :		
Intérêts et coupons	23.453 61	
Par caisse des pens. sa bal.	27.389 45	
Egal		50.843 06

Compte Caisse des pensions.

Paiement des retraites	28.011 15	
Remboursements à divers	3.79» »	
Total		31.807 15
Reçu en cotisations	58.783 60	
En abandon de pensions	225 »	
En subvention de l'Etat	188 »	
Total		59.196 60
Total des recettes		59.196 60
Total des dépenses		31.807 15
Solde, versé à profits et pertes		27.389 45

Compte Capital

Capital au 31 décembre 1905	839.488 87
Solde du compte profits et pertes au 31 décembre 1906	6.810 26
Avoir du compte capital au 31 déc. 1906	846.299 13

Bilan au 31 décembre 1906

Caisse	16.736 85	
Obligations du Midi	125.628 38	
Rente 3 % amortissable	125.163 05	
Oblig. foncières 1883	42.562 05	
Oblig. ch. de fer Orléans	66.592 25	
Obligations P. L. M.	140.845 23	
Oblig. ch. de fer Est	35.172 50	
Obligations Banque hypothécaire, 1881	28.759 07	
Obligations Banque hypothécaire, 1880	264.839 75	
A capital		846.299 13
	846.299 13	846.299 13

Le bilan ci-dessus, certifié conforme aux écritures du journal et du grand-livre, arrêté à l'actif et au passif à la somme de huit cent quarante six mille deux cent quatre-vingt-dix-neuf francs treize centimes.

Le Trésorier, Dr H. VERDALLE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le médecin peut toujours réduire sa note d'honoraires dans les limites de la compétence en dernier ressort et, reste seul juge de savoir, quand il doit réclamer le prix de ses soins.

Telles sont les deux questions résolues par une décision rendue naguère par le juge de paix du cinquième arrondissement de Paris, qui, d'ailleurs, n'a appliqué en l'espèce que ce qui est admis par la doctrine et par la jurisprudence. Mais comme les procès de cette nature sont relativement rares et que, d'autre part, pour éviter une instance plus longue et plus coûteuse, le médecin peut être amené à réduire sa créance au taux de la compétence du juge de paix, nous résumons comme il suit le texte du jugement sus-indiqué en ce qui concerne la première question.

Si un demandeur — il s'agissait d'un confrère qui avait donné ses soins à un ouvrier pour accident de travail et qui avait réclamé au patron du

sinistré 349 fr., montant effectif de sa créance, laquelle fut réduite à 300 fr. par l'exploit introductif d'instance — peut réduire sa demande dans les limites de la compétence du juge de paix, c'est à la condition qu'il fasse abandon du surplus de sa créance. En conséquence, il ne peut intenter ultérieurement, pour ce surplus, une nouvelle action, car autrement il s'agirait de demandes fractionnées ayant pour objet de saisir le juge de paix d'un litige portant sur une somme totale excédant sa compétence en dernier ressort. Il est bien compris qu'il ne peut s'agir que d'une créance née, actuelle, et non d'une créance probatoire, éventuelle par partie.

Voilà la première solution. En ce qui concerne la seconde, nous reproduisons simplement les motifs de la décision du juge de paix :

« Attendu, qu'en ce qui concerne les époques adoptées par l'usage pour le recouvrement des honoraires des médecins, on peut diviser la clientèle en quatre catégories : 1° clientèle à paiement annuel ; 2° clientèle à paiement semestriel ; 3° clientèle à paiement trimestriel ; 4° clientèle à paiement facultatif ; que la plupart des médecins ont pris pour habitude de n'envoyer leurs notes qu'une fois par an, en décembre ou en janvier, généralement ; que d'autres les envoient tous les six mois, d'autres enfin tous les trois mois ; qu'il en est de plus compatissants qui laissent dormir plusieurs années une partie au moins de leurs créances et même qui n'envoient jamais de notes ;

« Attendu qu'en adoptant de trop courts délais pour le paiement de leurs honoraires, les médecins s'exposent à mécontenter leurs clients ; qu'en en adoptant de trop longs, ils courent le risque de se voir opposer la prescription ;

« Attendu que, pour éviter ces inconvénients, les syndicats médicaux ont adopté : les uns, le paiement annuel, c'est-à-dire l'envoi de la note, d'un modèle uniforme, au commencement de décembre ; les autres, le paiement semestriel, c'est-à-dire six mois au plus tard après la cessation du traitement ;

« Attendu que, quoi qu'il en soit, on ne peut établir de règles fixes en pareille matière ; que le médecin sera toujours seul juge de savoir quand il devra réclamer le prix de ses soins ; que ce sera pour lui une question de conscience, de tact et d'opportunité ;

« Atttendu que beaucoup de chirurgiens ont adopté de courts délais, et qu'il y en a même qui se font payer d'avance le prix de leurs opérations ;

« Attendu que, rigoureusement, un médecin est donc parfaitement en droit de réclamer ce qui lui est dû à chaque visite ou après chaque intervention, et qu'il n'est nullement tenu de laisser s'accumuler les honoraires afférents à tout traitement ;

« Attendu qu'à la vérité, dans la majeure partie des cas, cette façon de procéder peut être considérée comme un acte d'un goût contestable ; mais que, certes, il y aurait excès de scrupule à qualifier cet acte d'illégitime ;

« Attendu que la situation du médecin, à cet égard, est la même que celle d'un fournisseur, et, par exemple, d'un pharmacien qui n'est pas obligé de faire un crédit plus ou moins important, et de ne réclamer le prix de ses fournitures qu'à la fin d'un traitement ;

« Attendu que, dans cet ordre d'idées, le docteur Charles Floquet, dans son *Code pratique des honoraires médicaux*, rapporte qu'en Amérique et en Angleterre, il est d'usage de régler à chaque visite les honoraires ; que, dans ce dernier pays, le médecin touche, paraît-il, lors de sa première visite, le prix de deux, et le prix d'une à toutes les autres ; qu'il est toujours ainsi payé d'une visite, et que le jour où il ne reçoit rien, il sait qu'il ne doit plus revenir ;

« Attendu que, sans préconiser cette méthode, qui est d'ailleurs un excellent moyen d'éviter les contestations entre médecin et malade, il est permis d'affirmer qu'elle est au moins de nature à justifier la prétention des chirurgiens qui, usant de tact et de modération, réclament payement anticipé ou exigent des garanties avant d'entreprendre une opération importante, plus encore celle des médecins qui, alors qu'il leur est déjà dû une somme relativement considérable, jugent opportun de percevoir la rémunération acquise, sans attendre la complète guérison du malade, et sans se préoccuper des soins futurs ni de la rémunération à laquelle ils pourront donner lieu ».

(*Semaine médicale.*)

La crise médicale actuelle.

Il ne se passe guère de jour sans que quelque journal professionnel ne nous entretienne de la crise médicale occasionnée exclusivement, dit-on, par la pléthore de médecins.

Qu'il y ait dans cette assertion une part de vérité, certes on ne peut le nier, mais il n'est pas exact que là soit la cause de tout le mal, et dans la plupart de nos campagnes, si les praticiens connaissaient un peu mieux leurs droits et leurs devoirs, s'ils étaient surtout un peu moins veules, ils pourraient encore vivre des jours heureux, même en laissant une place à de nouveaux confrères.

« Il est à constater que les praticiens sont bien peu renseignés sur leurs droits, leurs devoirs et leurs moyens de défense, quoiqu'ils aient la douce confiance de croire le contraire », et, ajoutait notre distingué Directeur du *Concours*, M. le Dr Jeanne : « Ils vivent souvent, grâce à cette idée, dans une insécurité qui nous frappe de stupéfaction quand au premier accident qui leur arrive, ils se précipitent ici tout désemparés. Quel que soit leur âge, ils ont toujours l'air de sortir de la Faculté. »

« Eh oui ! même nos vieux confrères ignorent absolument leurs droits ! Certains et nombreux, ne s'affolent-ils pas devant le garde champêtre qui, insolemment, vient les réquisitionner *verbalement* pour avoir à visiter, *à titre gracieux*, le premier chemineau de passage, ou encore pour avoir à déclarer à M. le Maire, qui ne veut pas se déranger et surtout ne veut pas payer, à quelle maladie ont succombé les décédés de l'année ?

Non, c'est vraiment déshonorant qu'on puisse dire de nous que nous ne sommes pas à hauteur de notre tâche.

De fait, dans la société actuelle, le médecin me rappelle beaucoup le crédule corbeau du bon La Fontaine. Vraiment, monsieur le Docteur, que votre prestige serait rehaussé, comme on reconnaîtrait bien votre désintéressement légendaire si vous vouliez bien soigner les gendarmes et leur famille pour rien ; au bout de quinze ans on vous

donnera une médaille et, dupé comme le corbeau, le bon Docteur abandonne son pain pour se pâmer d'aise devant le hochet honorifique qu'un ministre malin a su faire miroiter à ses yeux.

N'est-ce pas encore en décorant certains confrères du titre pompeux d'inspecteur de deux enfants assistés que l'administration préfectorale du Tarn a obtenu qu'un médecin parcoure jusqu'à trente kilomètres et remplisse force paperasses pour la forte somme de trente sous ! Quelle aubaine !

Voilà comment beaucoup de confrères se défendent contre l'administration qui les dupe.

Croyez-vous qu'ils se défendent mieux contre les Sociétés de secours mutuels qui les exploitent. Interrogeons-les, même quand ils sont réunis pour parler de leurs intérêts : Pourquoi n'exigez-vous pas de nos Sociétés de secours mutuels le paiement à la visite avec libre choix du médecin. Ah ! et les voilà interloqués comme si on venait leur proposer une monstruosité!

— Cher confrère, la chose n'est pas possible ! pas possible ! ! ! Mais ce système fonctionne dans pas mal de localités, les Sociétés de secours mutuels intéressées et leurs membres en sont enchantés. Pourquoi donc pas possible chez vous ?

— Ah ! voyez-vous, mon confrère Z... est médecin de telle Société, le confrère Y... de telle autre, et moi je ne puis pas lâcher ma Société.

— Au moins, lui dis-je, ce forfait doit être rémunérateur pour qu'il soit ainsi recherché ; cela doit vous rapporter un bon chiffre ?

Et le malheureux médecin forfaitaire de répondre :

— On me dérange nuit et jour ; je délivre un minimum de deux mille ordonnances pour visites ou consultations, ce qui me revient à 0 fr. 10 environ par dérangement, juste le minimum que l'on accorde à son brosseur !

— Alors, dis-je, pourquoi ne pas refuser ?

— C'est que, voyez-vous, 200 francs, ce n'est pas une somme à dédaigner ; et puis, si je n'acceptais pas, mon confrère A... accepterait, car il serait obsédé par le Président qui, lui, ne recule devant aucune démarche pourvu que ses sociétaires soient soignés à bon compte.

— Que vous importe que le Président de la Société soit intrigant ? Vous n'avez que faire de ses propositions.

En acceptant ces marchés, que volontiers j'appelle honteux, vous vous déconsidérez vous-même et pendant que les Présidents vous proposeront des honoraires dérisoires, les sociétaires trouveront de quoi payer un louis les singeries du rebouteur ou du guérisseur du village.

Le public ne se gêne plus pour dire : « Ce médecin accepte un salaire dérisoire parce qu'il est incapable ou parce qu'il n'a pas de malades », ce que, dans son patois, il traduit : « *Bal maït paga mestrés que mestrillous.* » Oui, nous ne devons exiger de nos malades qu'une juste rémunération de nos services, mais au moins refusons tout salaire dérisoire, car il nous avilit et nous déconsidère, surtout auprès du malade aisé qui, lui, entend payer les services rendus et veut, en échange, recevoir des soins sérieux.

Refusez sans fausse honte toute proposition pareille ; ne vous préoccupez pas tant de savoir si votre confrère acceptera ou refusera. Vous n'avez que faire de Présidents de Sociétés plus ou moins avides de popularité ; vous n'avez qu'à connaître votre malade, surtout tâchez de lui être utile, et, qu'il appartienne à une Société ou non, il ira à vous. Le malade n'a qu'un but : guérir. Peu lui importe tout le reste, et pendant que votre confrère perdra son temps à courir par monts et par vaux, vous pourrez revoir les principaux cas qui vous intéressent : ce ne sera jamais inutilement. Votre bagage scientifique y gagnera, vos malades en retireront les premiers bienfaits et vous gagnerez honnêtement votre vie.

Voyez, d'ailleurs, ce qui se passe pour ce groupe de médecins que j'appellerai politiques et qui sont parfois, dans nos campagnes, la plaie de notre corporation.

Ils font de la médecine à prix réduit ; cela va tout d'abord, ils sont de grands hommes : mais n'en avez-vous pas trouvés qui, surmenés par leurs occupations, ont oublié qu'ils étaient médecins avant tout : ils ont relégué dans un coin leur traité de chirurgie ou de médecine ; ils ont beau faire de la médecine pour rien, le public, qui n'est pas aussi sot qu'on le croit, les a relégués, eux aussi, au nombre des médecins qu'on ne consulte plus.

La pléthore médicale n'est pas l'unique cause de la crise que nous subissons, et si, dans les campagnes surtout, les médecins étaient ce qu'ils doivent être, beaucoup de malades n'iraient pas frapper à la porte du rebouteur et du sorcier. Le nombre de parasites médicaux qui vivent aux dépens du malade est de beaucoup supérieur au nombre des médecins patentés. Et si ces parasites existent, c'est que, par notre façon d'agir, nous les faisons naître.

Repoussons sans crainte les flatteurs qui nous exploitent. Inscrivons-nous dans les Syndicats, et que nos réunions ne soient pas marquées au sceau de la défiance réciproque. Abonnons-nous à des journaux, qui, tels que le *Concours*, nous renseignent sur nos droits et nos devoirs.

Ils feront (ce qu'on a négligé de nous enseigner à la Faculté) notre éducation morale dans nos rapports réciproques.

Et quand les malades verront que réellement nous savons non seulement les soulager mais encore défendre nos droits, ils nous accorderont leur confiance et dédaigneront les propositions des sorciers et des rebouteurs.

Notre corporation y gagnera en prestige et chacun de nous aura sa part au gâteau et à la vie, ce qui n'est pas à dédaigner.

Dr THADÉE.
(de Damiatte Saint-Paul).

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet.

A propos du repos hebdomadaire.

A la prochaine assemblée ordinaire du syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet je soumettrai à mes confrères un projet de délibération basée sur les considérations que voici :

Le repos hebdomadaire peut et doit être considéré pour les médecins comme une prescription conforme à l'hygiène générale des individus.

Désirable pour tous, même pour nous autres médecins, il peut présenter des difficultés d'organisation ; il peut avoir aussi des répercussions fâcheuses sur le prix *des choses*, sans cesser d'être désirable pour tous, même pour les médecins.

Nous pouvons, certes, en cette occurence comme en beaucoup d'autres, attendre que les difficultés d'organisation, en ce qui nous concerne spécialement, soient abordées par le législateur et tranchées en dehors de notre intervention.

Mais nous pouvons aussi, d'aucuns diront que *nous devons*, chercher par nous-mêmes et comment organiser notre repos et comment retentira sur nous le repos des autres.

A ce dernier point de vue je localiserai mon examen à une seule des circonstances capables de perturber nos us et coutumes : je veux envisager le cas où, appliquant pour son compte ce qu'il prescrit à autrui, l'Etat-patron (c'est bien ainsi qu'on parle en l'an 1907) prendrait la résolution d'*imposer* le repos hebdomadaire à son personnel des P. T. et T. — Postes, Télégraphes et Téléphones.

Je n'insisterai pas du tout sur cet à côté prestigeux de la question que, ce faisant, le dit Etat-patron imposerait le non-moins dit *repos hebdomadaire* à nombre de récalcitrants dont les moindres ne sont pas les journaux quotidiens........ même les plus avancés.

Mais privés ou non de notre journal, nous ne serons pas appelés à bénéficier du repos. Pour les médecins de village comme moi, la suppression de la poste (et de ses annexes) pendant 24 heures chaque semaine n'aura aucun avantage et aura nombre d'inconvénients.

Pour ne pas allonger outre mesure je citerai un de ces inconvénients : la multiplication des cabines téléphoniques dans cette région-ci nous a débarrassés des visites *urgentes* vespérales ou nocturnes. Au lieu qu'autrefois les gens tardaient à nous requérir parce qu'il fallait faire une course *exprès*, ils ont pris très vite l'habitude de nous mander par téléphone à une heure assez peu avancée de la journée.

On a supprimé peu à peu le téléphone le dimanche et je vois revenir, ce seul jour en la semaine, les courses pressées...... juste à l'heure du dîner.

Il y a pis. Si je vais dîner chez des amis, chez un bon confrère, ce qui n'est pas rare, il faut que ce soit tout autre jour que le dimanche.

Sur semaine, en effet, de mon téléphone au téléphone du bon confrère, les nouvelles viennent vite me trouver ——— quand je suis chez lui. Quand je suis plus loin le même téléphone sert à le hêler en mes lieu et place.

Ensemble cela me donne quelque tranquillité lors de mes escapades des jours ouvrables.

Mais le dimanche, point de liberté, point de quiétude ! si je suis là on me fait promener hors heure (1). Si je n'y suis pas les gens s'affolent et j'en pâtis à mon retour (2).

J'abrège et je conclus :

Considérant que la gestion d'un poste téléphonique, dans nos villages, peut être confié sans apprentissage à n'importe qui : par exemple à un facteur rural.

Considérant que la fermeture actuelle des bureaux de postes des mêmes villages à dix heures du matin le dimanche est fort incommode pour nous et n'assure qu'un simili-repos au personnel (rappelé pour les courriers, distributions, arrivées et départs, aux heures les plus sangrenues) ;

Considérant que, pour plus de la moitié, les médecins de l'arrondissement sont pourvus du téléphone et *qu'il est peu onéreux* (3) de se munir de cette commodité (4).

Considérant l'*utilité* générale, *publique*, de notre pétition.

Nous demandons que le repos hebdomadaire des employés des P. T. et T. soit organisé ainsi que suit ;

« Après la distribution des lettres et journaux le dimanche matin, *suppression* complète de tous les courriers, tant à l'arrivée qu'au départ jusqu'au lundi midi ; fermeture des bureaux à toutes les opérations sauf l'exception ci-après.

« Le service du téléphone demeure ouvert pendant toute la journée du dimanche (jusqu'à neuf heures du soir) et dès sept heures du matin le lundi. Il sera géré alternativement et à tour de rôle par tous les employés attachés à chaque bureau : gérante, aide, facteur, factrice, courrier à pied, etc.,

Comme ils sont au moins trois dans chaque bureau, ça leur fera toujours deux dimanches de bon sur trois.

Eh bien ! Et les médecins ? direz-vous.

Les médecins ! Qu'ils s'arrangent eux aussi, deux par deux, ou trois par trois, ou plus encore ensemble.

Moi je donne l'exemple au premier tour : je lâche le truc le premier dimanche où le téléphone fonctionnera — et Mme la Receveuse se fera un plaisir malin de donner l'adresse de quelqu'un de mes confrères à chacun des requérants dominicaux des villages d'alentour.

Qu'on se le dise ! Dr Jean CAMESCASSE.

---

(1) Le dimanche soir, 21 avril.

(2) Dimanche dernier.

(3) Frais annuels : un abonnement de 40 fr. l'an augmenté d'une taxe de 0 fr. 25 pour chaque communication demandée par le médecin.

Frais d'installation : 120 francs payables ainsi : 60 fr. la première année, 40 fr. la 2e ; 20 fr. la 3e.

(4) *Commodité*... relative, à petite distance, malgré l'obstruction au profit des grands bureaux on arrive à s'en servir assez bien... quand les employés veulent bien faire passer les médecins avant les châtelains.

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Assemblée générale, tenue à Niort, le 9 *mars* 1907, *sous la présidence du* Dr J. Charier, *président.*

La séance est ouverte à deux heures :

Ont signé le registre de présence: MM. Collon, Corbin, Petit Jean, Roulland, Roux, Tournadour Boullet, Renon, Grassin, Poineau, Vandier, Demarque, Forget, Robineau, Andouin, Charier, Ferrand, Mosnay, Gaud, Lang, Clais, Rabec, Fringuet, Gilles, Boudard, Dulout, Clément, Vermeil, Verlet, Frey, Gadreau ; 31 présents.

Excusés : MM. Martineau, Gallot, Bouchet, Moreau (de Châtillon), Guinebertière père, Guinebertière fils, Cotilleau, Breffeil, Brillaud, Besnard, Pérault, Senoble, Maillard, Brin, Jaurand, Bayoux, Roy, Grimaud, Marion, Pons, Mayet, Tiffaud, Bégusseau, Guillon (de Saint-Loup), Tillé, Gaillard père, Gaillard fils ; 27 excusés.

Absents non excusés : MM. Fayard, Largeau, Pillet, Riffé, Chabot, Moreau (de Saint-Maixent), Motheau, Clochard, Lecointre, Faure Gustave, Faure Louis, Verrier, Escure, Pelletier, Bureau, Demange, Dourif, Nicoullaud, Girard, Pradel. Landry, Seguin, Guillon (de Secondigny), Métayer, Le Guichaoua, Riffeaud ; 26 absents non excusés.

Candidatures.— M. le docteur Renon (de Niort) présenté par MM. Petit et Roulland ; M. le docteur Boullet (de Niort), présenté par MM. Marion et Charier ; M. le docteur Tillé fils (de Beauvoir), présenté par MM. Petit et Charier, sont admis à l'unanimité ou à la majorité des suffrages.

Le président souhaite la bienvenue aux nouveaux élus : il est heureux de constater la présence dans notre syndicat de tous les chirurgiens de Niort, qui n'emploient sur le terrain de la lutte pour la vie que des armes courtoises et loyales, comme des concurrents et non des adversaires ; il engage tous ses confrères à adresser, — et c'est un devoir pour eux — leurs malades de chirurgie aux chirurgiens de Niort, qui présentent sous tous les rapports, toutes les garanties désirables, au lieu de laisser leurs malades se rendre dans les centres de départements limitrophes.

Procès-verbal de la dernière réunion. — Lu et approuvé, après les observations du docteur Corbin et d'un autre confrère, qui remarquent qu'à Saint-Maixent et à Breloux, ainsi qu'à Thouars et Parthenay, le tarif des Sociétés de secours mutuels a été élevé.

Correspondance. — Lettres et télégrammes d'excuses. Lettres de renseignements. Une lettre de l'Association générale des agents des Postes et Télégraphes dont le Syndicat médical des Deux-Sèvres n'approuve que l'alinéa demandant la suppression des médecins assermentés, dont il est lui-même partisan. Toutes réserves sont faites pour le reste des revendications qui n'ont pas à être discutées.

Une lettre du docteur Nicoullaud (de Lezay), qui, malgré son grand âge et quoiqu'il cesse la clientèle, veut bien rester des nôtres : Remerciements lui ont été adressées par le président, auxquels s'associe l'Assemblée.

Une lettre du docteur Renon, relative aux honoraires des médecins d'hôpitaux pour soins donnés dans ces établissements aux accidentés du travail : Voici actuellement le régime sous lequel nous vivons : les accidentés du travail admis dans les hôpitaux et, par suite, leurs répondants, ne sont redevables à l'établissement qui les reçoit pour les soigner, que d'une somme fixée pour chaque établissement par la commission administrative approuvée par le Préfet ; cette somme (tout compris) englobe le logement, la nourriture, les soins médicaux, les opérations chirurgicales, les fournitures pharmaceutiques, etc... ; elle doit être supérieure au prix de journée fixée pour l'assistance médicale gratuite. C'est affaire entre les médecins des hôpitaux et la commission administrative de ces établissements de s'entendre pour allouer par jour, aux médecins sur cette somme globale, une rémunération des soins médicaux : les médecins des hôpitaux n'ayant pas le droit de réclamer directement des honoraires aux accidentés du travail ou aux personnes responsables. Aussi, malgré l'indemnité journalière de 0 fr. 50, allouée par quelques hôpitaux à leurs médecins pour les accidentés du travail, somme minime et ridicule, devons-nous garder les accidentés chez eux pour les soigner nous-mêmes et ne pas les envoyer dans les hôpitaux, manière de faire qui lèse les intérêts du médecin traitant et les intérêts du médecin de l'hôpital, celui-ci (l'hôpital) devant être exclusivement réservé aux indigents. En particulier pour l'hôpital de Niort, il y aurait lieu d'ailleurs de s'informer si le prix des journées ne pourrait pas être élevé pour l'assistance médicale gratuite des autres communes qui y envoient leurs malades.

Plusieurs lettres relatives au paiement des honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail. Tous les confrères se plaignent des réductions que leur font les compagnies d'assurance. Il faut s'entendre une fois pour toutes. Le tarif ministériel d'octobre 1905 n'est applicable pour les répondants que dans le cas où le blessé a fait lui-même le libre choix de son médecin traitant. le surplus, c'est-à-dire la différence entre ce tarif et notre tarif départemental restant à la charge du blessé. Dans tous les autres cas, le tarif départemental est exigible, mais en aucune circonstance les médecins ne doivent avoir de rapports avec les compagnies d'assurances ou leurs agents que ne connaît pas la loi ; nous, médecins, nous ne connaissons que le malade et son patron responsable, c'est à eux que nous envoyons nos notes d'honoraires et c'est eux que nous appelons conjointement devant le juge de paix le cas échéant.

Rapport financier du trésorier. — Au 1er janvier 1906, l'avoir du Syndicat se composait d'une somme de 359 fr. 35 qui était en caisse, avec des titres de rente 3 % français rapportant 50 francs de rente annuelle.

Au cours de l'année, les recettes, comprenant les cotisations, droits d'entrée, intérêt de l'argent placé, se sont élevés à la somme de 757 fr. 45. auxquels il faut ajouter les 359 fr. 35 qui restaient en caisse. Total 1.116 fr. 80.

Les dépenses, c'est-à-dire frais d'impression des lettres de convocation, circulaires, comptes rendus des séances, leur envoi, la correspondance la souscription à l'organisation de la Loterie médicale, au Congrès de l'exercice illégal de la médecine, la souscription Mignon, pièces au concierge de la mairie, etc., se sont élevés à la somme de 607 fr. 45.

Recettes	1.116 fr. 80
Dépenses	607 » 45
Balance	509 fr. 35

Il restait en caisse au 31 décembre 1906 la somme de 509 fr. 35 et les titres suivants de rente 3 % français.

Nos 2.113.893	Rente 30 francs
— 1.115.214	— 5 —
— 0.907.333	— 10 —
— 1.015.018	— 5 —

Restent à recouvrer une cotisation et les absences non excusées.

Les comptes sont approuvés à l'unanimité.

Elections — Sont élus pour deux ans :

Bureau :

Président : Dr Charier, de Thouars.
Vice-président : Dr Marion, de Parthenay.
Secrétaire : Dr Audouin, de Thouars.
Trésorier : Dr Ferrand, de Thouars.

Syndics :

Arrondissement de Niort : Drs Grassin et Collon ; arrondissement de Bressuire : Drs Lecointre et Mosnay ; arrondissement de Melle : Drs Gaud et Dulout ; arrondissement de Parthenay : Drs Gaillard père et Verlet.

Loterie en faveur des infortunes du corps médical (infirmes, veuves, orphelins).—Le Syndicat se déclare partisan de cette loterie, pour l'organisation de laquelle d'ailleurs il a envoyé une souscription.

Assemblée nationale des médecins de France (Congrès des Praticiens). — Le Syndicat est d'avis, comme le propose dans une lettre le docteur Marion, que l'accès aux études médicales soit rendu plus difficile ; proteste contre la suppression éventuelle du baccalauréat ès-lettres classique et estime que le P. C. N. doit être remanié au point de vue du programme et maintenu comme épreuve d'élimination à la base des études médicales.

Sont nommés délégués à cette Assemblée : MM. Boullet, de Niort et Gaud, de Melle.

Le président fait un appel pressant auprès des confrères qui n'ont pas encore adhéré au Congrès et les prie instamment d'envoyer leur adhésion avec un mandat de 5 francs au Dr Gouffier, trésorier, 24, rue de Chartres, à Neuilly-sur-Seine. Il est du devoir des retardataires de se faire inscrire au plus tôt si l'on veut cette manifestation digne du corps médical. Les souscripteurs doivent recevoir en temps voulu les rapports imprimés.

Le Président propose de voter, comme subvention du Syndicat, une somme de cent francs. Cette somme est votée et sera envoyée au docteur Gouffier.

Médecins des hôpitaux de petite ville. — Le Président appelle l'attention de ses confrères sur une organisation qui tend à s'établir dans les petites villes où les médecins des hôpitaux ne sont pas nommés au concours, mais à la faveur. Pourquoi tous les médecins de la localité ne seraient-ils pas médecins de l'hôpital et n'établirait-on pas un roulement entre eux pour le service ? Cette question mérite d'être étudiée et pourra être reprise à une séance ultérieure pour obtenir une solution.

A ce sujet on parle des maisons de santé payantes annexées aux hôpitaux. Le vœu suivant, proposé par le Dr Boudard, est adopté : « Considérant que la liberté du choix du médecin est un droit inhérent à la personnalité humaine, le Syndicat émet le vœu que les maisons de santé payantes annexées aux hôpitaux soient ouvertes à tous les médecins et chirurgiens, dont les malades réclament les soins. Ceux-ci paieront leurs honoraires directement aux médecins ».

Repos hebdomadaire médical. — L'attention des syndiqués est attirée sur ce repos.

Quoi de plus juste que le médecin se repose un jour par semaine ? Dans chaque localité, comme cela se pratique déjà dans certains arrondissements de Paris et dans certaines villes, où d'ailleurs la plupart des cabinets médicaux sont déjà fermés le dimanche, une entente entre les médecins pourrait établir des gardes faites à tour de rôle par chaque médecin qui préviendrait son confrère absent quand il aurait été appelé par un de ses clients, pour que celui-ci lui continue ses soins. Un peu de bonne volonté et d'initiative amènera aisément ce résultat.

Compte rendu de l'Assemblée générale de l'Union. — Une des principales questions traitées par une longue et confuse discussion, fut la réforme de notre organisation syndicale. L'Union a modifié ses statuts pour donner libre accès dans son sein aux Fédérations médicales dans les mêmes conditions qu'aux Syndicats non fédérés, et notre syndicat se reporte à ce sujet aux conclusions votées à sa dernière assemblée.

Libre choix du médecin dans les programmes électoraux. — Il est de toute importance que le corps médical se remue et exerce son influence sur tous nos élus, aussi bien près des conseillers généraux que près des députés et sénateurs, que nous connaissons dans nos régions : il est de notre devoir de les entretenir de cette question et de la leur imposer dans leurs programmes. Il faut bien reconnaître que chez nous les médecins en général comptent trop sur l'influence du Syndicat et de son bureau, et ne prêtent pas à celui-ci leur appui individuel, comme cela s'est vu au sujet de la vaccination et de l'assistance médicale gratuite ; le bureau ne peut agir que s'il est suivi et appuyé par les membres du syndicat ; dans sa sphère d'influence il faut que chacun agisse et apporte son concours personnel au bureau qui peut alors être écouté par le Préfet, le Conseil général, etc.

Assistance aux vieillards (loi du 14 juillet 1905, applicable au 1er juillet 1907). — Les certificats demandés par l'administration pour les indigents sont, d'après notre tarif départemental, payés un franc ; les certificats réclamés par les postulants doivent être payés par eux deux francs, étant assimilés aux certificats désignés dans le tarif aux certificats de droit à un secours administratif.

Tarif d'honoraires départemental. — Il est rappelé que notre nouveau tarif départemental doit être unifié et appliqué entièrement d'ici quatre ans ; ce laps de temps a été demandé par beaucoup d'entre nous, pour donner le temps aux confrères qui appliquent des tarifs trop inférieurs d'arriver à cette unification d'une façon progressive. Si dans quelques localités les prix ont été élevés, dans la plupart rien n'a encore été fait, aussi bien pour la clientèle ordinaire que pour les Sociétés de secours mutuels, et le délai va s'écou-

ler, l'échéance arriver, sans qu'aucun progrès n'ait été réalisé et la plupart d'entre nous seront dans quatre ans au même point qu'il y a un an. Il nous faut absolument réagir contre cette inertie et cette insouciance inhérente à l'espèce médicale. Réveillons-nous, réclamons notre dû sans retard, si nous voulons vivre de notre profession, si nous voulons que le Syndicat ne soit pas une chimère.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, Dr AUDOUIN. *Le président,* Dr J. CHARIER

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître :

1° Chez Maloine, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris :

De l'Alimentation et de la Cuisine Naturelle dans le Monde, un livre de cuisine pour les médecins et les gens du monde, par le Docteur MONTEUUIS. Un vol. in-8°. 3 fr.

La Pleurésie purulente aiguë de l'enfant, traitement chirurgical simplifié. Par les Drs : P. VIGNARD, chirurgien de la Charité, Lyon, et MONOD, interne des hôpitaux. Un vol. in-8°, 165 pages. 2 fr. 50

Le Vade Mecum du tuberculeux. Par le Docteur COSTE DE LAGRAVE. Un vol. in-18°, 244 pages, 3 fr. 50.

2° Chez Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris:

La Neurasthénie, sa nature, sa guérison, sa prophylaxie. Par le Dr BAUMGARTNER. Un vol. in-8°. 4 francs.

Le Service des prompts secours de la Ville de Paris. Par le Docteur Georges MAUROY, Paris 1907, in 8°, 120 pages. Jules Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne. Prix, 3 francs.

La suggestion au point de vue spiritualiste et spirite. Par Charles TRUFY. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-16, 4 francs.

Etudes Cliniques. Maladies infectieuses. Maladies des voies respiratoires. Par le Docteur Alexis PISSAVY, ancien interne des hôpitaux de Paris. 8° Chez Plon-Nourrit et Cie, 8, rue Garancière, Paris, un volume in-3° Prix : 5 francs.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpital Laënnec — MM. ONFRAY et CAILLAUD, assistants du service, commenceront le lundi 10 juin, à 1 h. 1/2 une série d'exercices pratiques de technique ophtalmologique.

Application à la clinique des procédés d'optique, d'électricité (emploi de l'électro-aimant, électrolyse électrothérapie, radiothérapie oculaire, etc) etc. et des procédés de laboratoire. Le cours sera complet en 20 leçons. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades et au maniement des appareils ; leur nombre est, par conséquent, limité. Prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès de M. ONFRAY, àl'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

Institut orthopédique de Berck-sur-Mer. — Pour répondre à la demande qui lui a été faite par des médecins et des étudiants, M. CALOT exposera à l'Institut orthopédique de Berck, avec l'assistance de MM. Privat et FOUCHOU, du 19 au 29 août prochain, le traitement des tuberculoses externes et l'orthopédie indispensable au praticien.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers. Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible aux diverses opérations, soit par M. CALOT, soit par MM. PRIVAT et FOUCHOU.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant à M. PRIVAT, à l'Institut orthopédique, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Prix du cours, 100 francs pour les 12 démonstrations et les exercices pratiques.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

Ecoles du service de santé militaire. — Un concours s'ouvrira le 13 juin 1907 (épreuves écrites) pour l'admission en 1907 à l'Ecole du service de santé militaire. Les inscriptions seront reçues dans les préfectures du 1er au 18 mai. Les épreuves orales auront lieu du 22 juillet au 17 août. Le programme arrêté le 21 mars 1907 donnant les conditions du concours a été inséré au *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre (partie supplémentaire), imprimé par MM. Chapelot et Cie, éditeurs, 2, rue Christine, à Paris.

Médecine opératoire spéciale. — M. AMÉDÉE BAUMGARTNER, prosecteur, commencera un cours pratique sur la chirurgie du tube digestif et de ses annexes, le mardi 7 mai 1907, à 8 h. 1/2 du matin.

I. Cure radicale de la hernie inguinale, Cure radicale de la hernie crurale. — II. Traitement de la hernie ombilicale. Traitement des éventrations. Technique des laparotomies. — III. Traitement des hernies étranglées : Kélotomie. Bouton de Murphy, Entéro-anastomoses. — IV. Anus artificiel temporaire (occlusion intestinale). Anus artificiel définitif (cancer du rectum). — Extirpation du rectum. Recto-coccypexie. — VI. Gastrostomie. Gastro-entérostomie. — VII. Gastrectomie. Résection de l'appendice. — VIII. Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Technique des sutures intestinales. Résection de l'intestin. — IX. Résection des hémorroïdes. Splénectomie. Splénopexie. — X. Chirurgie du foie. Suture. Cholécystostomie. Cholécystectomie. Cholédocotomie. Drainage de l'hépatique.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le droit à verser est de 50 francs.

Conférence : — Le docteur Lèques, médecin principal à l'hôpital militaire St-Martin fera, le mercredi 8 mai, à 9 heures du soir, à l'Union Fédérative des médecins de réserve et de territoriale, au Cercle militaire, une conférence sur le « Transport des blessés et des malades en montagne ».

Asiles d'aliénés. — M. Trénel est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maison-Blanche.

M. Roques de Fursac est nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 20 Dimanche 19 MAI 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

L'ORGANISATION DU SERVICE DE LA DÉSINFECTION

L'importation sur le territoire français de quelques cas de variole a provoqué, dans le pays tout entier, une émotion à peine aujourd'hui dissipée : on peut en juger par l'empressement du public à se faire vacciner, qui fut tel qu'à Paris même, où les postes de vaccination surgirent comme par enchantement, les approvisionnements de vaccin furent rapidement insuffisants et, les demandes dépassant les disponibilités, on dut surseoir à de nombreuses inoculations.

Cette hâte à se mettre à l'abri de la contagion, sentiment d'ailleurs tout naturel et à l'honneur d'un peuple comprenant toute la portée de la méthode prophylactique, n'est-elle pas symptomatique de ce qui se passerait si, au lieu de la variole, la maladie contagieuse eût été le choléra ou toute autre maladie analogue contre laquelle la science moderne n'a pas encore de thérapeutique spécifique, ni préventive ?

Dans l'hypothèse, toujours menaçante d'une faute contre l'hygiène commise en quelque point du globe dont le résultat indirect, mais fatal, serait l'importation en quelque point du littoral, d'une de ces maladies pestilentielles qui éclatent si soudainement et diffusent si rapidement, on est fondé à se demander si vraiment notre défense sanitaire est suffisamment organisée et si, en face de l'affolement et de la panique, de tous les facteurs de démoralisation et de désastre qui se multiplieraient autour de nous, nos moyens d'action seraient d'une efficacité réelle.

La réponse officielle à cette question est fort simple : on accepterait bien juste la légitimité d'une pareille hypothèse et, celle-ci fût-elle admise, on invoquerait la loi du 15 février 1902 et sans application dans toute sa rigueur.

Mais cette loi, une de celles qui feraient le plus honneur à notre pays si ses prescriptions étaient observées, est déjà vieille de 5 ans et n'a manifesté jusqu'à présent son existence que par une profusion de circulaires parmi lesquelles les plus éclairés s'égarent; presque rien n'a encore été fait pour son application.

Notre pays se doit pourtant à lui-même une organisation sanitaire effective et efficace. Nous savons bien qu'elle n'ira pas sans bouleverser nos habitudes acquises, nos mœurs séculaires ; nous savons aussi qu'elle impliquera de nouvelles nécessités budgétaires ; nous croyons cependant qu'elle est urgente, inéluctable. Les routines intangibles doivent s'effacer devant l'intérêt général et la sanction pécuniaire n'est, en somme, qu'une prime d'assurance pour la protection de ce capital qui a nom : la santé, l'existence.

La nécessité de cette organisation s'étendant, autrement que sur le papier, aux plus infimes hameaux, s'impose impérieusement et l'organisation spéciale du service de la désinfection qui est

à l'ordre du jour, doit être résolue sans retard.

Quelques conseils généraux ont étudié la question à leur session d'avril, un plus grand nombre l'ont ajournée jusqu'en août ; pour aider ceux de nos confrères que la question préoccupe, nous donnons deux projets qui nous ont été communiqués et qui peuvent servir d'exemple.

L'un est celui du Loiret, l'autre celui de la Seine-Inférieure. Nous nous réservons de revenir sur ces projets, mais nous croyons devoir les publier dès maintenant, estimant qu'ils peuvent servir de thèmes de discussion.

On remarquera, d'ailleurs, qu'un grand nombre d'articles ne font que reproduire les articles du règlement d'administration publique.

RÈGLEMENT DÉPARTEMENTAL DU LOIRET

I. Organisation générale. Personnel.

Art. 1er. — Un service public de désinfection est établi dans le département du Loiret en exécution de la loi du 19 février 1902 sur la protection de la santé publique.

Ce service est placé sous l'autorité du préfet, et sous le contrôle d'un membre du conseil d'hygiène nommé par le préfet.

Il s'étend à toutes les communes dont la population est inférieure à 20.000 habitants.

Art. 2.— A cet effet, chacune des circonscriptions sanitaires du département du Loiret est divisée en un nombre indéterminé et variable de postes comprenant chacun une ou plusieurs communes et munis selon leur importance d'un matériel de désinfection plus ou moins important.

Art. 3. — Dans chaque circonscription, le service est dirigé par un délégué de la commission sanitaire agréé par le préfet.

Ce délégué veille à l'exécution régulière et immédiate des mesures de désinfection dans les conditions techniques prescrites par le conseil supérieur d'hygiène. Il veille également à ce que les postes de désinfection soient constamment munis du matériel et des désinfectants nécessaires et à ce que les chefs de poste tiennent avec soin le registre de contrôle.

Il présente, tous les mois au moins, à la commission sanitaire un rapport sur les résultats et les besoins du service de la circonscription ; ce rapport est transmis au préfet avec l'avis de la Commission.

Art. 4. — A la tête de chaque poste est placé un chef de poste, assisté, s'il y a lieu, d'agents ou d'aides.

Ces chefs de poste sont nommés et révoqués par le préfet sur la proposition du délégué de la commission sanitaire.

Les chefs de poste sont assermentés.

Le préfet peut faire assermenter les agents, s'il y a lieu.

Art. 5. — Les chefs de poste et les agents procèdent eux-mêmes aux opérations de désinfection.

Le chef de poste tient un registre des déclarations, à lui adressées par les maires, des opérations, transports et voyages effectués et dresse, pour chaque série, la feuille spéciale exigée par le ministre de l'intérieur.

Art. 6. — Le délégué de la commission sanitaire reçoit, lorsqu'il est envoyé dans une commune, une vacation de dix francs, plus une indemnité de déplacement calculée à raison de cinquante centimes par kilomètre de commune à commune et à l'aller seulement.

Il reçoit en outre, pour chaque rapport, une indemnité de cinq francs.

Art. 7. — Les chefs de poste reçoivent, par opération, une allocation de cinq francs plus, s'il y a lieu, une indemnité de déplacement de quarante centimes par kilomètre compté de commune à commune et à l'aller seulement.

Les agents et aides reçoivent une indemnité de

FEUILLETON

Les déséquilibrés.

En voyons-nous défiler des détraqués des deux sexes, des originaux, des excentriques, qui détonnent dans leur milieu, qui ne sont pas à leur place, ne font rien comme tout le monde et gravitent dans un cercle d'idées fixes, anormales. Au lieu de chercher à incarner ce qu'on appelait jadis les vertus gauloises, d'être des agents de progrès, ils portent en eux la dévastation morale, les maladies les plus graves de l'esprit, les germes de décadence des fins de races.

Malgré les apparences les plus favorables, on ne peut croire aveuglément à la façade du voisin, sans courir le risque d'être dupe. Ils sont innombrables les cerveaux qui ont une lézarde, un ver rongeur, une tare constitutionnelle. D'abord inoffensifs, ils se transforment en instruments de désorganisation, en dilapidateurs des biens intellectuels qui leur furent transmis.

Même dans nos rangs, même parmi les médecins, on peut en rencontrer dont la jugeotte et l'esprit de suite laissent fort à désirer. Les prétentions incroyables de quelques-uns contribuent à accroître le heurt des caractères, à semer la discorde, les éléments de zizanie, les vexations comminatoires qui ne s'oublient pas.

La scission commence dès l'école et se continue dans le quartier latin, l'âge ne faisant qu'accentuer les divergences, les travers, les ridicules, les malentendus des êtres. Les fortes têtes, les émancipés qui n'admettent aucun joug, aucune contrainte, se montrent infidèles à l'amitié, font bande à part, loin des banales austérités, cherchent à étonner leurs anciens camarades, non par leur labeur ou une féconde émulation, mais par des allures étranges, une hâblerie aux prétentions pédantes, un accoutrement excentrique, des amourettes tapageuses, des écarts précoces et des excès de toute nature.

On prétend qu'il faut bien que jeunesse se passe, qu'un rien suffit pour la toucher au cœur ou plus bas ; mais elle se passe souvent fort mal, se prolonge outre mesure au détriment de soucis plus graves et plus nécessaires.

Que de débutants, qui ont laissé derrière eux une réputation un peu trouble, sans compter des dettes criardes, contractées autant par ostentation que par besoin, complètent ces prémisses en s'installant au-dessus de leurs moyens, en faisant de grosses dépenses,... à crédit, en recherchant les postes brillants ou agréables où il faut pouvoir attendre et où les élus sont bien rares.

Pleins de gloriole, sourds aux conseils de prudence, ils accumulent meubles rares, tentures et bibelots de

cinquante centimes par heure plus, s'il y a lieu, l'indemnité kilométrique calculée comme pour les chefs de poste.

II. Materiel.

Art. 8. — Le matériel des postes de désinfection comprend :

1° Un sac en toile capable de recevoir les objets à désinfecter en profondeur (matelas, effets, etc.).

2° Une bâche en toile, destinée à fermer les ouvertures, cheminée, portes, etc, et une provision de papier gommé destiné à calfeutrer les fenêtres ;

3° Un seau en bois ;

4° Dix paquets de sulfate de cuivre de 50 grammes chacun ;

5° Deux kilos de soufre ;

6° Deux kilos de carbonate de soude ;

7° Deux litres d'extrait d'eau de Javel ;

8° Des produits, pouvant dégager des vapeurs de formol sans instruments ou appareils et dans l'avenir toutes autres substances ou procédés économiques, approuvés par le ministère.

La quantité de ces produits devra être suffisante pour désinfecter 200 mètres cubes.

Les postes principaux sont pourvus en outre d'une étuve à désinfection.

Art. 9. — Le mode d'achat du matériel de désinfection et des substances désinfectantes fera l'objet d'instructions spéciales.

III. Fonctionnement du service.

Art. 10. — Dans toutes les communes, le maire, dès qu'il a reçu la déclaration que comporte l'une des maladies suivantes mentionnées à la première partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, savoir :

1° Fièvre typhoïde ; 2° Typhus exanthématique ; 3° Variole et varioloïde ; 4° Scarlatine ; 5° Rougeole ; 6° Diphtérie ; 7° Suette miliaire ; 8° Choléra et maladies cholériformes ; 9° Peste; 10 Fièvre jaune ; 11° Dysenterie ; 12° Infection puerpérale et ophtalmie des nouveau-nés lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ; 13° Méningite cérébro-spinale épidémique ;

avertit le chef de poste auquel est rattaché le domicile du malade.

S'il apprend qu'il n'y ait pas de médecin traitant, il envoie un médecin et prend ensuite, sur la déclaration de celui-ci, les mesures prescrites par le règlement d'administration publique.

Le délégué de la circonscription sanitaire est averti par le préfet ou le sous-préfet.

Art. 11. — Le chef de poste se transporte ou envoie au domicile du malade un agent muni des désinfectants appropriés.

L'agent s'adresse, en vue de l'exécution des mesures à prendre, au principal occupant, chef de famille ou d'établissement des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, au conjoint, à l'ascendant, au plus proche parent du malade et à toute personne résidant avec lui ou lui donnant ses soins.

Il remet à cette personne la note arrêtée par le ministre de l'intérieur rappelant l'obligation de la désinfection et reproduit les pénalités prévues par la loi ainsi que le tarif de désinfection.

Il se met à sa disposition pour l'exécution des mesures indispensables.

Ces mesures, pendant le cours de la maladie, concernant essentiellement la désinfection des linges contaminés ou souillés et des déjections ou excrétions ; elles ne peuvent constituer une intervention quelconque dans le traitement du malade.

Art. 12. — En cas du transport du malade hors de son domicile, après la guérison ou en cas de décès au cours ou à la suite d'une des maladies prévues à l'article 10, la désinfection totale des locaux occupés personnellement par le malade et des objets qui on

---

choix, sans même savoir comment et quand ils pourront s'acquitter .

Ils ne veulent pas s'en rapporter à leurs aînés, qui les ont prévenus que la clientèle n'arrivait pas du jour au lendemain, qu'il est bien difficile de faire sa trouée, etc., etc.

Mal préparés à une tâche austère, à un rôle de dévouement, ils ne tardent pas à se décourager, même lorsqu'ils n'ont pas de difficultés avec un créancier inexorable. Profondément déçus, atteints dans leur amour-propre, dans leur impuissance dominatrice, ne voyant partout que concurrence déloyale, ils s'empressent de renoncer aux relations cordiales qui font l'agrément de la vie professionnelle, abandonnent la besogne saine, quoique peu rémunératrice, pour se lancer avec une infinie lassitude dans les aventures, pour faire appel à tous les dérivatifs qui sont à leur portée: au jeu, aux entreprises, aux spéculations, aux intrigues et même à l'alcoolisme.

Heureux encore lorsqu'ils ne font pas un mariage d'argent peu avouable : c'est le prélude de bien des vilenies, d'une existence abominable couronnée par une séparation tapageuse, où le coupable finit trop tard par regretter d'avoir vendu sa jeunesse à une femme sensuelle, plus âgée que lui, ou à quelque fille acariâtre et maladive, de la famille des girafes, dont l'esprit est aussi étriqué que le corps.

Il y a des gens qui ne savent pas se maîtriser, tyrannisés en quelque sorte par une puissance parasite qui annule leur libre-arbitre, ainsi que l'a si bien dit Antoine Nau (*Force ennemie*); ils sont habités, comme un fruit véreux, par un envahisseur qui commande en maître.

Il y a des moments où le sage lui-même ne se sent plus seul en soi, où il a conscience d'une lutte intérieure, d'un dédoublement de son être, où l'esprit du mal paraît prédominer pour lui dicter de fâcheuses déterminations.

C'est un toqué, un maboul, sur lequel on ne peut pas compter, dit-on avec un dédain indulgent ; de là un sentimentalisme dangereux et une mansuétude extrême, au nom du fatalisme de la passion, de l'irresponsabilité de la névrose, non seulement de la part du public, mais encore de certains magistrats, alors que la préservation de la société exigerait parfois des mesures rigoureuses, des soins préventifs, de façon à empêcher les demi-fous de nuire ou de récidiver.

C'est en s'inspirant d'une pensée de préservation générale que le professeur Grasset a conclu qu'il fallait à la fois traiter et punir les demi-fous et les demi-responsables ; « Le tout, a dit Pierre Baudin, est de bien se rendre compte du caractère de la peine. Elle maintient dans la demi-conscience la certitude d'un châtiment et la crainte du châtiment vient fortifier la volonté. Elle lui sert toujours de tuteur. C'est une conscience de deuxième ligne, mais c'est une conscience. Et la preuve que cette force de la

pu être contaminés pendant la maladie doit être opérée sans délai.

Art. 13. — Le maire prévenu soit par l'avis donné par la famille, soit par la déclaration de décès informe le chef du poste auquel est rattaché le domicile à désinfecter.

Le chef de poste adresse à la personne désignée à l'article 11 un avis faisant connaître, au moins douze heures à l'avance, le moment où il sera procédé aux mesures de désinfection. Un pareil avis est adressé en cas de décès aux héritiers s'ils habitent la commune et sont connus de l'administration.

Le délai de douze heures ci-dessus pourra être abrégé par une décision motivée du maire.

A défaut d'une des personnes énumérées à l'article 8 et en l'absence des héritiers, le maire prend les mesures nécessaires pour que les objets contenus dans le local à désinfecter ne soient ni détournés ni détériorés.

Art. 14. — Dans le cas où le poste chargé de la désinfection ne posséderait pas d'étuve et que la désinfection en profondeur des objets de literie ou autres serait nécessaire, le chef de poste, après avoir enfermé lesdits objets dans le sac en toile prévu à cet effet, les fera transporter au poste principal, pourvu d'une étuve, auquel est rattaché la commune.

Art. 15. — Si, au cours de la désinfection, la destruction d'un objet mobilier est jugée nécessaire par le service, il y est procédé sur l'ordre du maire. En cas de refus du maire, le préfet statue.

Art. 16. — Il est dressé un état descriptif et estimatif, des objets à détruire par le chef de poste ou l'agent qui s'est rendu à domicile contradictoirement avec le propriétaire de l'objet ou l'une des personnes désignées à l'article 11. Cette personne peut être remplacée par un héritier s'il s'agit d'une desinfection après décès.

En cas de refus d'une des personnes ci-dessus énumérées de concourir à la rédaction de l'état ou en cas d'impossibilité de la dresser contradictoirement, le chef de poste ou l'agent mentionne l'une ou l'autre de ces causes dans un procès-verbal, auquel il joint l'état dressé par lui seul.

L'état et, s'il y a lieu, le procès-verbal sont déposés à la mairie et communiqués en duplicata au sous-préfet. Si une indemnité est réclamée, la demande est pareillement adressée au sous-préfet pour les arrondissements de Gien, Montargis et Pithiviers, et au préfet directement pour l'arrondissement d'Orléans.

Art. 17. — Si le maire reçoit la déclaration d'une des maladies ci-après désignées et figurant à la deuxième partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, savoir :

14° Tuberculose pulmonaire ; 15° Coqueluche ; 16° Grippe ; 17° Pneumonie et bronchopneumonie ; 18° Erésypèle ; 19° Oreillons ; 20° Lèpre ; 21° Teigne ; 22° Conjonctivite purulente et ophtalmie granuleuse ; il avertit le chef de poste, lequel est tenu de se mettre immédiatement à la disposition du malade ou de sa famille, pour assurer la désinfection dans les conditions prescrites par le Conseil supérieur d'hygiène publique.

Art. 18. — La personne à qui a été remise la note prévue par l'article 11, peut exécuter ou faire exécuter elle-même la désinfection, à la condition de prendre sur une formule qui est mise à sa disposition par l'agent, l'engagement :

1° De se conformer exactement, pendant le cours de la maladie, aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène publique, approuvées par le ministre de l'intérieur et dont un exemplaire lui est remis ;

2° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public qui ne pourra se présenter au domicile du malade plus d'une fois par jour ;

3° D'avertir sans délai le maire, le cas échéant, du transport du malade hors de son domicile ;

4° D'avertir le maire de la première sortie du ma-

---

crainte pénale est grande, c'est qu'elle faiblit quand la répression des crimes faiblit en général. Plus il y a de criminels qui échappent, plus il y a de tentations au crime. Peu nous importe donc de savoir si le crime est une demi-folie par définition, il doit être puni quand même. »

Le désordre de l'esprit et les troubles vésaniques sont d'ailleurs souvent le produit de mauvaises habitudes de vie, d'excès de toute nature, en somme de tout ce qui surexcite l'action du cerveau, l'affole et la désagrège. On peut donc les éviter, dans une certaine mesure, même avec des dispositions héréditaires.

La folie est plus particulièrement le mal des villes et la plaie de Paris. Si vous voulez y échapper, conseille le Dr Toulouse, ne vous surmenez pas, ne buvez pas et évitez l'avarie.

Que le destin vous préserve d'avoir votre existence empoisonnée par des caractères versatiles, qui pensent et disent le lendemain le contraire de ce qu'ils ont fait et soutenu la veille, bouleversant tout sur leur passage, se consumant dans la fièvre stérile du caprice, de la fantaisie, qui vivent en un perpétuel déséquilibre de l'esprit et du cœur.

On a tort d'en rire et de ne pas se tenir sur la défensive contre l'insuffisance mentale ou le défaut de résistance nerveuse. Pour ne se placer qu'au point de vue matrimonial, tout médecin devrait être effrayé en songeant à quoi on s'expose en entrant à la légère dans certaines familles dont l'hérédité est très chargée. Il a beau y avoir alliance, il ne saurait y avoir fusion des êtres entre gens valides et cérébraux prédisposés. Trélat a jadis déclaré qu'un mariage ne peut être heureux et paisible avec un esprit insociable qui trouble l'existence de son conjoint, fait de l'association conjugale un combat de tous les jours, rend impossibles la paix et les épanchements du ménage.

C'est pour l'avoir oublié que plus d'un des nôtres, cruellement désabusé, réalise le dicton peu rassurant : aujourd'hui marié, demain marri !

Il y a des nerveux qui se dépêchent dans tous leurs actes, qui ne savent ni aimer, ni mastiquer posément : leur besogne est toujours bâclée ; ils mangent trop ou trop vite avec une fâcheuse précipitation qui les prédispose aux troubles gastro-intestinaux les plus variés.

On ne saurait leur demander la réalisation du vœu formulé par Lucrèce, de pouvoir contempler toutes choses avec un esprit pacifié : *Paccatâ posse omnia mente tueri* !

Où est l'*homo sapiens* dans ces cas non catalogués en dehors du cadre nosologique, qui confinent à l'obscure forêt de la démence ?

Malheureusement, il n'y a pas que les individus qui manquent de pondération, le souverain populaire aux mille têtes, sous l'influence de la tension fébrile pro-

lade après sa guérison, en vue de l'application de l'article 12 du présent rgèlement.

ART. 19. — Sauf le cas d'urgence constaté par un arrêté du maire ou, à son défaut, du préfet, les mêmes personnes peuvent exécuter ou faire exécuter par leurs soins la désinfection dans le cas visé par l'article 13 sous les conditions prévues au paragraphe 1er de l'article 18 et en outre :

1° De prévenir au moins douze heures à l'avance le chef de poste du moment où l'opération doit avoir lieu ;

2° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public qui s'assurera sur place si les opérations sont exécutées dans les conditions techniques formulées par le ministre de l'Intérieur après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique et spécialement, quand il est fait usage d'appareils, s'ils fonctionnent dans les conditions imposées par le certificat de vérification prévu au décret du 7 mars 1903.

IV. TAXES.

ART. 20. — Les opérations de désinfection donnent lieu à la perception de taxes de remboursement prévues par le § 4 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902.

Ces taxes sont dues par le malade ou, en cas de décès, par ses héritiers.

Toutefois, dans les cas visés à l'article 25 ci-dessous, elles sont dues par les gérants, propriétaires, maîtres ou patrons. Dans le cas où il s'agit d'établissements charitables ou scolaires, elles sont à la charge des établissements.

La désinfection est gratuite pour les indigents.

ART. 21. — Les taxes sont calculées proportionnellement à la valeur locative de l'ensemble des locaux d'habitation dont dépend la pièce occupée par le malade à raison de 2.50 % dans les communes comptant moins de 5.000 habitants et de 2 % dans les communes comptant de 5.000 à 20.000 habitants.

Si la taxe à percevoir en vertu de ce tarif dépasse 30 francs par pièce soumise à la désinfection, elle est réduite d'office à ce maximum.

ART. 22. — La taxe est applicable, quel que soit le mode de désinfection des locaux ou des objets qu'ils renferment, que ces derniers soient désinfectés sur place ou au dehors.

Elle comprend l'ensemble des opérations occasionnées par la même maladie ; néanmoins si la maladie excède une période de six mois, la taxe ne comprend que les opérations effectuées au cours de cette période et elle est renouvelable pour chaque période nouvelle de six mois.

Elle comprend également les frais de transport.

ART. 23. — Dans le cas où la désinfection des objets est demandée indépendamment de celle des locaux, la taxe est réduite de moitié de ce qu'elle eût été si la désinfection avait porté également sur le local ayant renfermé lesdits objets.

ART. 24. — Sur la demande des intéressés, le service peut effectuer de nuit la désinfection totale prévue par l'article 12 du présent règlement. Dans ce cas l'opération donne lieu à une redevance supplémentaire montant à 50 % de la taxe.

ART. 25. — Pour la désinfection des chambres d'hôtels garnis, ainsi que des loges des concierges, des chambres de domestiques et des chambres individuelles d'ouvriers logés chez leurs patrons, lorsque ces loges et chambres font partie d'une habitation collective, la taxe est réduite à une somme fixe de cinq francs.

ART. 26. — Pour les opérations de désinfection dans les cas autres que ceux qui entraînent une obligation légale (article 10), les taxes sont réduites de 25 %.

ART. 27. — Les taxes sont établies sur des états, d'après les feuilles dressées par le chef de poste et certifiées par le délégué de la commission sanitaire.

---

voquée par les agitateurs et les fanatiques, est bien prompt à s'exalter. Il est trop souvent au-dessus ou au-dessous de la raison, rarement dans la moyenne, et il y a certainement quelque chose de pathologique, de disproportionné dans ses instincts de rage intermittente et de destruction, qui nous reportent aux temps barbares.

Il a besoin d'êtresoigné, ce pessimisme démocratique, si facile à mettre en ébullition, à se poser en victime, à user de violence et à se porter aux extrêmes, dans un besoin toujours accru d'injures et de représailles, au risque de s'aliéner les sympathies les plus sincères.

Nous devons considérer comme non moins fâcheuse pour la marche en avant de notre espèce, la contre-partie de ce qui précède. Il y a aussi quelque chose d'anormal dans la lassitude découragée et la tendance au renoncement des classes supérieures, qui ne voient que désastres et ruines en perspective. Elles doivent encore chercher à dissiper les malentendus, à pacifier les volontés rivales, puisqu'elles n'ont pas épuisé les réserves suprêmes de la conciliation. J'ajouterai que les nations sont guérissables comme les individus, surtout lorsqu'elles ne se résignent pas à leur amoindrissement et s'efforcent de conserver leur prestige.

Heureusement, malgré ce qu'on constate d'aberrations dans les esprits et de fissures dans l'édifice social, il reste assez de bons bergers, de thérapeutes experts, pour lutter contre de telles infirmités, pour panser des plaies aussi graves, pour consolider certains refuges, les dernières forteresses du bon sens et de la raison.

Il n'y a qu'à se tourner du côté des laboratoires et des ateliers en gestation, là où les véritables ouvriers de la pensée, de la science, en compagnie d'humbles collaborateurs qui ne demandent qu'à les seconder dans leur tâche, luttent sans trêve, en dehors de l'étroitesse des égoïsmes et des partis, pour améliorer le sort commun.

Ils ne se paient pas d'utopies, ne cherchent pas à griser les foules avec des plumes creuses et des mots pompeux, sachant par expérience que le progrès marche à pas lents, que les révolutions brutales ne laissent que ruines derrière elles.

Ils savent se contenter de peu, sans perdre courage, et, au soir d'une vie bien remplie, ne croient pas avoir manqué à leur devoir et s'être usés en vain s'ils ont contribué même pour une part modeste à rendre leurs compatriotes moins malheureux et meilleurs !

Dr GRELLETY
(de Vichy).

Le montant de ces taxes porté en recettes au budget départemental, est déduit des dépenses de fonctionnement du service avant leur répartition entre les communes, le département et l'Etat.

V. Ordonnancement des dépenses.

Art. 28. — Toutes les dépenses relatives au fonctionnement du service, à l'achat des substances désinfectantes, à la destruction des objets mobiliers sont mandatées par le préfet.

Art. 29. — Ces dépenses sont payées sur la production de mémoires qui doivent être adressés au préfet, à la fin de chaque semestre.

Ces mémoires devront être établis en double expédition sur des feuilles fournies par l'administration et que les intéressés se procureront près des chefs des postes.

L'une des expéditions devra être timbrée à 0 fr. 60 si le taux des mémoires est supérieur à dix francs.

Art. 30. — Tous les ans, avant le cinq janvier, sous peine de déchéance, les mémoires relatifs à l'année précédente devront être parvenus à la préfecture.

Toute réclamation qui se produirait postérieurement à cette date, serait considérée comme nulle et non avenue.

SERVICE DEPARTEMENTAL DE LA SEINE-INFERIEURE.

Article premier. — Un service public de désinfection est établi dans le département de la Seine-Inférieure, en exécution de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique et du décret du 10 juillet 1906.

Ce service, placé sous l'autorité du préfet et le contrôle d'un membre du Conseil d'hygiène départemental désigné par le préfet, a pour objet d'assurer aux conditions ci-après et avec le *concours du corps médical*, la désinfection dans les communes dont la population n'atteint pas 2,000 habitants.

Art. 2. — La désinfection est obligatoire ou facultative dans les cas de maladies ci-après :

(Suis la nomenclature des maladies.)

Organisation du service.

Art. 3. — Un poste de désinfection est établi au chef-lieu de chacune des circonscriptions sanitaires.

Art. 4. — Chaque poste de désinfection est installé dans un local exclusivement affecté à cet usage et pourvu du matériel et des désinfectants nécessaires.

Un chef de poste, assisté d'un ou de plusieurs agents, en a la direction.

Art. 5. — Le chef de poste est tenu :

1° De mentionner sur un registre de contrôle la réception des bulletins de renseignements prévus aux articles 9, 10, 11, 12, 19, émanant du médecin traitant ou, à défaut, du médecin cantonal des épidémies ;

2° D'inscrire sur ce registre les opérations, transports et voyages effectués ;

3° De dresser pour chaque série d'opérations une feuille spéciale, conforme au modèle arrêté par le ministre de l'Intérieur ;

4° De se conformer aux prescriptions des articles 8, 13, 14, 20, du présent règlement.

Art. 6. — Dans chaque circonscription, le service est dirigé par un délégué de la Commission sanitaire agréé par le préfet.

Ce délégué veille à l'exécution régulière et immédiate des mesures de désinfection dans les conditions techniques prescrites par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; il veille également à ce que le poste de désinfection soit constamment muni du matériel et des désinfectants nécessaires, et à ce que le chef de poste tienne avec soin le registre de contrôle prévu à l'article précédent.

Chaque mois, il présente à la Commission sanitaire un rapport sur les résultats et les besoins du service de la circonscription.

Ce rapport est transmis au préfet avec l'avis de la Commission.

Art. 7. — Le chef de poste et les agents sont nommés et révoqués par le préfet, sur la proposition du délégué de la Commission sanitaire.

Le chef de poste est assermenté.

Les agents le sont également, si le préfet le juge utile.

Fonctionnement du service

Art. 8. — La désinfection des locaux ou des objets qui y sont renfermés est opérée sur l'avis du médecin traitant ou, à défaut, sur l'avis du médecin cantonal des épidémies.

Si certains objets ne peuvent être désinfectés sur place, ils sont transportés par l'agent sanitaire au poste de désinfection.

Ce transport a lieu dans des sacs spéciaux dont est pourvu chaque poste.

MALADIES POUR LESQUELLES LA DÉSINFECTION EST OBLIGATOIRE.

Art. 9. — S'il s'agit d'une des maladies pour lesquelles la désinfection est obligatoire le médecin traitant qui consent à prêter son concours à l'Administration pour assurer le service de désinfection transmet au maire, en même temps, que la carte-lettre prévue à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 10 février 1903, un *bulletin n° 1 de renseignements* dûment rempli, conforme au modèle reproduit en annexe au présent règlement.

Ce bulletin est immédiatement adressé par le Maire au chef de poste.

Art. 10. — Après la guérison, en cas de décès au cours ou à la suite de la maladie, en cas de transport du malade hors de son domicile, le médecin traitant transmet au maire un *bulletin n° 2 de renseignements* dûment rempli, conforme au modèle reproduit en annexe au présent règlement.

Ce bulletin est immédiatement adressé par le maire au chef de poste.

Art. 11. — En cas de refus du médecin traitant, de lui fournir les renseignements prévus aux deux articles précédents, le maire délègue le médecin cantonal des épidémies pour se rendre auprès du malade.

Ce praticien doit autant que possible concerter sa visite avec celle du médecin traitant.

Après constatation de la maladie, il remplit et adresse au maire la formule de bulletin n° 1.

A la fin de la maladie, en cas de décès ou de transfert du malade hors de son domicile, il avertit de nouveau le maire en lui adressant le bulletin n° 2.

Chaque bulletin est transmis immédiatement par le maire au chef de poste.

Art. 12. — S'il est avisé de l'existence de l'une des maladies prévues à l'article 2 (1re partie) du présent règlement et qu'il n'y ait pas de médecin traitant, le maire envoie un médecin.

Ce praticien remplit et adresse au maire, qui les

fait parvenir au chef de poste, les bulletins de renseignements prévus ci-dessus.

Art. 13. — Entre autres indications, l'un et l'autre des bulletins de renseignements *mentionnent si la désinfection doit être pratiquée par le service public.*

Dans ce cas, le chef de poste envoie aux intéressés, dès la réception du bulletin n° 1, les désinfectants et objets réclamés par le médecin traitant ou le médecin cantonal des épidémies ainsi que les instructions prophylactiques, rédigées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Dès la réception du bulletin n° 2, le chef de poste prévient les intéressés (1) du jour et de l'heure où il sera procédé à la désinfection totale des locaux occupés personnellement par le malade et des objets, qui ont pu être contaminés pendant la maladie.

L'agent du poste, procède à la désinfection douze heures au plus tôt après l'arrivée de cet avis, à moins qu'un arrêté du maire, notifié au chef de poste par ce magistrat, n'ait abrégé ce délai.

Art. 14. — Sauf le cas d'urgence constaté par un arrêté du maire ou, à son défaut, par un arrêté du Préfet, notifié au chef de poste, les intéressés peuvent procéder eux-mêmes ou faire procéder par un service privé à la désinfection.

S'il résulte des renseignements fournis par le médecin traitant ou le médecin délégué, que les intéressés n'ont pas l'intention de recourir au service départemental de désinfection, ils doivent prendre l'engagement par écrit, sur des formules qui leur sont adressées par le chef de poste, à la réception des bulletins nos 1 et 2 :

1° De se conformer aux prescriptions des articles 14 et 17 du décret du 10 juillet 1906 ;

2° De justifier auprès du maire, par la production d'un certificat délivré par le médecin traitant, que la désinfection a été régulièrement opérée.

Art. 15. — Le maire adresse sans retard au chef de poste le certificat prévu au dernier alinéa de l'article précédent.

Art. 16.— A défaut de production de ce certificat, ou s'il résulte des constatations faites par l'agent du poste sanitaire que les engagements pris en vertu des articles 14 et 17 du décret du 10 juillet 1906 n'ont pas été tenus, ou que la désinfection a été opérée par les particuliers ou par un service privé d'une façon insuffisante, il est immédiatement procédé à une nouvelle désinfection par le Service départemental.

Art. 17. — Si, au cours de la désinfection, la destruction d'un objet mobilier est jugée nécessaire par le Service, il y est procédé sur l'ordre du maire. En cas de refus du maire, le préfet statue.

Art. 18. — Il est dressé un état descriptif et estimatif des objets à détruire par l'agent qui s'est rendu à domicile, contradictoirement avec le propriétaire de l'objet ou l'une des personnes intéressées (2). Cette personne peut être remplacée par un héritier s'il s'agit d'une désinfection après décès.

En cas de refus de l'intéressé de concourir à la rédaction de l'état ou en cas d'impossibilité de le dresser contradictoirement, l'agent mentionne l'une ou l'autre de ces causes dans un procès-verbal auquel il joint l'état dressé par lui seul.

L'état, et s'il y a lieu, le procès-verbal, sont déposés à la mairie et communiqués en duplicata au préfet ou sous-préfet.

Si une indemnité est réclamée, la demande est adressée au préfet ou au sous-préfet.

MALADIES POUR LESQUELLES LA DÉSINFECTION EST FACULTATIVE.

Art. 19. — Au cas où il s'agirait d'une des maladies pour lesquelles la désinfection est facultative, le médecin traitant envoie au chef de poste les bulletins de renseignements nos 1 et 2, si la famille du malade manifeste le désir qu'il soit procédé à la désinfection par le Service départemental.

Art. 20. — A la réception de ces bulletins, le chef de poste se conforme aux prescriptions de l'article 13.

DÉPENSES DU SERVICE ET TAXES.

Art. 21. — Les dépenses du service se divisent en dépenses d'organisation et en dépenses de fonctionnement.

Art. 22. — Les dépenses d'organisation comprennent les frais d'installation première des postes de désinfection, l'acquisition et le renouvellement du matériel de désinfection.

Ces dépenses sont à la charge du Département et de l'Etat.

Art. 23. — Les dépenses de fonctionnement comprennent :

La rémunération du personnel du service,

Les frais de déplacement de ce personnel,

L'indemnité due aux médecins traitants ou aux médecins des épidémies pour l'envoi des bulletins de renseignements,

La fourniture des désinfectants,

La location et l'entretien des locaux où sont installés les postes,

L'entretien du matériel et des appareils,

Le transport des appareils pour la désinfection sur place ou des objets à désinfecter aux étuves.

Les indemnités pour destruction d'objets susceptibles de désinfection,

Les frais de bureau, imprimés, etc.

Ces dépenses sont supportées par les communes, le département et l'Etat, suivant les règles fixées par les articles 27, 28, 29 de la loi du 15 juillet 1893 et réparties conformément aux dispositions de l'article 25 de la loi du 15 février 1902, complété par la loi du 22 juin 1906.

Art. 24. — Un arrêté préfectoral, pris sur l'avis conforme de la Commission départementale, déterminera le mode de rémunération du personnel du service, les frais de déplacement de ce personnel et le montant de l'indemnité à allouer aux médecins traitants ou aux médecins des épidémies, pour l'envoi des bulletins de renseignements prévus aux articles 9 et suivants du présent règlement.

Art. 25. — Du total des dépenses de fonctionnement est déduit, avant leur répartition entre les communes, le Département et l'Etat, le montant des taxes de remboursement prévues par le § 4 de l'article 23 de la loi du 15 février 1902.

Ces taxes, établies proportionnellement à la valeur locative de l'ensemble des locaux d'habitation dont

(1) C'est-à-dire le principal occupant, chef de famille ou d'établissement des locaux où se trouve le malade et son défaut, dans l'ordre ci-après : le conjoint, l'ascendant, le plus proche parent du malade, ou toute autre personne résidant avec lui, en lui donnant ses soins. Ce bulletin de renseignements mentionnera d'ailleurs à qui doit être adressé l'avis qui, en cas de décès du malade, devra être également transmis aux héritiers, s'ils sont connus de l'Administration et habitant la commune.

(2) Voir la note ci-dessus.

dépend la pièce occupée par le malade, sont ainsi fixées :

Dans les communes de moins de 5,000 habitants, 2 %.

Dans les communes de 5,000 à 20,000 habitants, 1.50 %.

ART. 26. — La taxe est applicable quel que soit le mode de désinfection des locaux ou des objets qu'ils renferment, que ces derniers soient désinfectés sur place ou au poste de désinfection.

Elle comprend l'ensemble des opérations occasionnées par la même maladie ; néanmoins, si la maladie excède une période de six mois, la taxe ne comprend que les opérations effectuées au cours de cette période, et elle est renouvelable pour chaque période nouvelle de six mois.

Elle comprend également les frais de transport.

ART. 27. — Sur la demande des intéressés, le service peut effectuer de nuit la désinfection totale prévue par l'article 13, alinéa 3e. Dans ce cas, l'opération donne lieu à une redevance supplémentaire montant à 50 % de la taxe.

ART. 28.— Pour la désinfection des chambres d'hôtels garnis, ainsi que des loges de concierges, des chambres de domestiques et des chambres individuelles d'ouvriers logés chez leurs patrons, lorsque ces loges ou chambres font partie d'une habitation collective, la taxe ne peut dépasser le maximum de 3 francs.

ART. 29. — La désinfection est gratuite pour les indigents et pour les établissements scolaires publics.

Elle est réduite de moitié pour les établissements charitables.

ART. 30. — Les taxes sont dues par le malade ou, en cas de décès, par ses héritiers.

Toutefois, dans les cas visés à l'article 28, elles sont dues par les gérants, propriétaires, maîtres ou patrons.

Dans le cas où il s'agit d'établissements charitables, elles sont à la charge des établissements.

ART. 31. — Les taxes sont établies sur des états, d'après les feuilles dressées par le chef de poste et certifiées par le délégué de la Commission sanitaire.

ART. 23. — Le montant des taxes est porté en recettes au budget départemental.

ART. 32. — Le présent règlement, arrêté par le Conseil général dans sa séance du   est applicable à partir du

LA SEMAINE MEDICALE

La gastro-entérite du nourrisson.

M. le Dr LÉOTHAUD, de Nîmes, étudie dans sa thèse la prophylaxie et le traitement de la gastro-entérite du nourrisson. Après avoir rappelé que cette affection dérive, d'une façon presque constante, d'un vice d'alimentation, auquel viennent s'ajouter un certain nombre de causes prédisposantes, chaleur de l'été, évolution dentaire, etc., l'auteur insiste sur la nécessité de réglementer rigoureusement l'alimentation naturelle, artificielle ou mixte,et d'étendre de plus en plus l'allaitement naturel.

Comme traitement, il énumère la diète hydrique, la diète féculente avec les décoctions de légumes, de céréales, dont voici une formule :

Carottes.....................	āā 25 gr.
Pommes de terre............	
Navets......................	āā 60 gr.
Pois ou haricots secs.........	

pour un litre d'eau. Après 4 heures d'ébullition, ajouter 5 grammes de sel et recueillir le bouillon en jetant les légumes. Ce bouillon employé frais doit être fait tous les jours. On peut y ajouter une cuillerée à café de farine chez les enfants de 6 mois, une demi-cuillerée seulement chez les enfants au-dessous de 6 mois. On donnera 7 à 8 biberons de ce bouillon dans la journée. Après quelques jours de ce régime, et avant de reprendre l'alimentation lactée, on pourra avantageusement substituer le képhir au lait.

L'auteur conseille encore les lavages de l'estomac, de l'intestin, l'administration du calomel, des antiseptiques intestinaux, des injections de sérum artificiel, etc.

Il nous semble avoir oublié les remarquables effets donnés par la diète avec administration d'eau de la Reine-de-Vals, qui sont cependant si rapides.

L'électrolyse des voies lacrymales.

M. le Dr MARCEL-PIERRON, de Bordeaux, rapporte dans sa thèse, les bons résultats qu'il a obtenus dans tous les cas de larmoiement rebelle, de sténose du canal, de dacryocystite et même de fistule par l'emploi de l'électrolyse. Il insiste sur la nécessité formelle de se conformer à la technique indiquée par Lagrange, en 1900 dans les *Annales d'Oculistique*.

Avant de pratiquer l'électrolyse, on commence par dilater les points lacrymaux avec un dilatateur spécial, une sorte de poinçon, pourvu à son extrémité d'une petite olive semblable à celle du dacryotome de Weber. Ensuite on fait, par ce point dilaté, un nettoyage à l'eau boriquée tiède, ce qui a le double avantage d'assurer l'asepsie de la région et de démontrer l'existence du rétrécissement.

Puis,on introduit dans le canal la sonde no 1 ou 2, qui, au moyen de son ajutage, est reliée au fil aboutissant au pôle négatif.

Le pôle positif, constitué par l'extrémité de l'autre fil, entourée d'ouate imbibée d'eau salée, est introduit dans la narine du côté correspondant. Les deux électrodes sont ainsi à un ou deux centimètres de distance.

Il suffit alors de faire tourner lentement la roue du rhéostat pour faire plonger les tiges dans le liquide et amener progressivement le courant à l'intensité voulue et sans que le patient souffre trop. Le courant passe facilement, la résistance est faible et varie peu d'un malade à l'autre, grâce à la courte distance qui sépare les deux électrodes ; d'autre part, l'anode n'a aucune action sur la muqueuse nasale.

Afin d'éviter une déviation du courant par le front, ce qui pourrait occasionner chez le patient des sensations désagréables, il est bon, comme le conseillent Lagrange et Lotine, d'interposer un

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

je voudrais en faire partie s'il se peut, et si c'est une œuvre utile.

Mais je m'aperçois que le corps médical n'est pas plus uni en France qu'il ne l'est dans les petites villes, et que c'est la guerre au couteau entre sociétés. Qu'il vaudrait mieux une seule société, une seule fédération et comme on serait plus puissant si on n'éparpillait pas ses forces, mais la rivalité existe dans le haut comme dans le bas. J'étais avec vous déjà, et je veux y rester et me mettre s'il est possible du patronage, quand j'aurai vu les statuts.

Réponse. — Merci, mon cher confrère, avec nos plus vives félicitations pour votre fermeté. Vous êtes dans l'esprit du Concours, la concorde, nous l'avons toujours cherchée, l'union nous l'avons toujours prêchée. Certains procédés de concurrence, ne sauraient nous émouvoir, et fidèles à notre passé, nous nous contenterons de bien faire, laisser dire, et de rester dans l'absolue correction.

Dr C., à C., (P.-de-D.) à *Concours*. — Vous m'obligeriez de vouloir bien me donner des renseignements sur le fonctionnement de l'Œuvre des enfants de la Seine et sur la date où la société doit commencer à faire des placements.

Je crois que tous les médecins auront le droit de leur donner des soins et je n'ai pas été peu étonné de voir, ces jours derniers, une affiche administrative, annonçant le but de l'œuvre et recommandant à la population de s'adresser à un médecin nommé dans l'affiche, alors que ce médecin n'est pas le seul dans ce pays.

Va-t-il y avoir encore pour cette œuvre des médecins officiels, et dans ce cas ce sera toujours les mêmes qui auront tout : le premier âge, la vaccine, et tout ce que pourra inventer l'esprit de faveur ! O doux pays ?

Je vous adresse par avance mes meilleurs remerciements et mes salutations confraternelles.

Réponse. — Les confrères ayant quelques renseignements précis sur cette œuvre sont priés de nous en donner communication.

Dr A. C. à M., à *Concours*. — Je vous serais très obligé de me donner en qualité de membre du « Sou médical » les renseignements suivants (loi accidents-travail 1905).

A. — A chaque pansement antiseptique dois-je compter au patron :

1° Le prix de la consulta-

Suite page X

tampon d'ouate sèche ou une feuille de papier entre le front et la partie de la sonde, qui est en contact avec lui. Cette partie, en effet, qui correspond à l'ajutage, n'est pas isolée, et l'interposition de ces corps mauvais conducteurs suffit pour éviter une déviation du courant.

En manœuvrant doucement le rhéostat, on voit l'aiguille du galvanomètre se mouvoir lentement et sans secousse. Il faut mettre une minute pour amener l'aiguille de 0 à 5 milliampères ; on laisse passer pendant 3 minutes un courant de 5 milliampères, et on doit mettre encore une minute pour ramener l'aiguille du galvanomètre au 0.

On ne doit pas dépasser une intensité de 5 milliampères, un courant d'une intensité supérieure pourrait amener des résultats regrettables. Fage, cependant, a employé sans accident des courants de 6 et 8 milliampères. Avec un courant de 10 milliampères, Lagrange a pu, par la suite, constater un rétrécissement cicatriciel incurable. Il est donc prudent de ne pas dépasser 5 milliampères, car cette intensité ne peut en aucun cas être dangereuse.

Pendant la durée de l'opération, on ne doit pas toucher les fils, les électrodes devront rester à la même distance, le tampon nasal bien immobile afin d'éviter les variations brusques d'intensité.

Cependant Lotine, contrairement aux indications de Lagrange, enfonce graduellement la sonde dans le canal naso-lacrymal, de façon que la partie rétrécie soit surtout exposée à l'action du courant, et il arrive ainsi à l'enfoncer jusqu'à l'extrémité du canal, comme cela se pratique dans l'électrolyse des rétrécissements de l'urèthre et de l'œsophage. Bien que les conditions de résistance soient changées au cours de cette manœuvre, il dit n'avoir jamais constaté d'oscillations bien considérables de l'aiguille du galvanomètre, parfois même, il n'y en avait pas du tout.

Au début de l'opération, le malade accuse une très légère douleur, et il a parfois la sensation visuelle d'un éclair, avec quelques légères secousses. Parfois, le malade n'a que des sensations insignifiantes ou même nulles, témoin cette malade de Dor, dont on avait, il est vrai, cocaïné le canal et qui ne s'aperçut pas qu'on lui faisait passer le courant.

Quand le maximum d'intensité est atteint, la sensation n'est plus que celle d'un chatouillement désagréable, pendant que quelques fines bulles de gaz viennent s'amasser à l'orifice du conduit lacrymal.

C'est donc, dans le fait d'une électrolyse, mesurée avec beaucoup de précision et dans l'utilisation d'un rhéostat permettant d'augmenter ou de diminuer très graduellement la quantité d'électricité, que réside l'originalité de la méthode du professeur agrégé Lagrange.

Son instrumentation est bien différente de celle qui a été utilisée par Steavenson et Jessop, Gorecki, Rohmer, Kaempfer, Graddle et tous ceux qui s'étaient, avant lui, occupés de l'électrolyse des voies lacrymales.

Ces auteurs n'avaient que des notions très vagues sur la quantité d'électricité qu'ils employaient, puisqu'aucun instrument ne leur permettait d'en mesurer l'intensité. Ils faisaient plus ou moins souffrir leurs malades, et très souvent ils ont intéressé d'une façon fâcheuse la muqueuse des voies lacrymales.

Il importe donc que l'électrolyse soit pratiquée avec une grande précision pour être vraiment recommandable, c'est-à-dire toujours utile et jamais nuisible, et il importe également que la graduation du courant soit faite avec une grande régularité pour que, autant que possible, l'opération soit indolore.

Après l'électrolyse ainsi mise en œuvre, on fait passer dans les voies lacrymales une injection antiseptique, de l'eau boriquée par exemple. Le liquide passe dans la fosse nasale, mais jamais ne s'égare dans le tissu cellulaire de la région du canal. Les jours suivants, en général tous les deux jours, on fait de nouvelles irrigations, et, il n'est pas rare que la guérison soit obtenue après une seule séance.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi ; au bout de quelques jours le canal se rétrécit de nouveau, et il convient alors de renouveler exactement la séance d'électrolyse pour que les résultats favorables s'affirment.

Deux, trois, quatre séances peuvent être nécessaires, on peut les faire, comme le préconise Lotine, avec des sondes de numéros de plus en plus gros ; il n'y a aucun inconvénient à les répéter, chaque nouvelle séance est un grand pas vers la guérison.

L'alcoolisme et l'aliénation mentale.

M. le Dr Théophile Bagilet, de Paris, a constaté dans sa thèse, statistiques en main, le désolant progrès accompli dans le département de la Somme par l'aliénation mentale, du fait de l'alcoolisme.

De l'examen des statistiques M. Bagilet conclut que la consommation en boissons spiritueuses n'est jamais descendue au-dessous de 11 lit. 50 par tête d'habitant et que bière, vin et cidre y sont également bus en plus grande quantité.

La consommation des boissons alcooliques pour ces dernières années, dans le département de la Somme, a progressé avec la fabrication des alcools d'industrie. Cependant, après deux années de surproduction extrême, les vins, cidres, bières et alcools subissent une diminution sensible liée par ailleurs à la médiocrité concomitante de la cueillette des pommes à cidre et de la récolte des vins pour les années 1902 et 1903. La bière souffre de la vente, par les pharmaciens, de certains extraits qui ont contribué à favoriser la fabrication des boissons de ménage. La quotité par tête d'habitant a légèrement diminué : 9 lit. 51 au lieu de 9 lit. 95, chiffre de l'année 1904.

Le chiffre des admissions d'aliénés a subi, à très peu de chose près, les mêmes fluctuations que la vente des alcools.

La comparaison des chiffres de l'année 1905 avec les statistiques des années précédentes, accuse à l'avantage de 1905, une diminution très appréciable des psychoses alcooliques et de la paralysie générale. Pour si faible et si isolée qu'elle apparaisse, on peut voir dans cette diminution une indication consolante peut-être au point de vue de la marche de l'alcoolisme, encourageante en tous cas dans la lutte contre ce sinistre fléau.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement physique et diététique de la constipation.

Nothnagel distingue au point de vue étiologique trois variétés de constipation :

1° Celle, dans laquelle la rareté des évacuations alvines dépend encore de facteurs physiologiques ;

2° Celle, dans laquelle elle est la conséquence de conditions pathologiques déterminées, et se trouve coordonnée à d'autres symptômes d'importance plus ou moins grande ;

3° Celle, enfin, dans laquelle la constipation constitue l'élément principal de la maladie (la constipation habituelle).

Des plus simples est la thérapeutique pour les cas appartenant à la première variété. Le but recherché est ordinairement facile à atteindre, grâce à une ingestion plus abondante de liquides, grâce aux exercices physiques, grâce à la diminution de la vie sédentaire, grâce enfin à la gymnastique et aux sports.

Il n'en est déjà plus de même pour la deuxième variété. Le traitement de l'affection principale (neurasthénie, hystérie, entéroptose, carcinome, cicatrices,etc.), est difficile, souvent même impossible ; il faut se contenter de traiter les symptômes. Néanmoins il est parfois possible, en faisant disparaître les symptômes, d'exercer une influence favorable sur l'affection principale ; on sait en effet quelle est, sur la neurasthénie, l'action fâcheuse de la constipation et de son corollaire habituel, l'auto-intoxication.

Dans la troisième variété, c'est une innervation anormale de la musculature du colon et du rectum qu'il faut incriminer comme lésion primordiale. Ici la distinction clinique en constipation atonique, spastique et fragmentaire, servira de base à une thérapeutique rationnelle. Il sera toutefois nécessaire de rechercher attentivement si un cas donné appartient bien à cette variété, si la constipation est réellement primitive et non pas secondaire (deuxième variété énumérée plus haut) ; la constipation peut, en effet, déterminer toutes espèces de troubles nerveux ; et d'autre part ne traiter que le symptôme intestinal dans une affection secondaire serait compromettre le succès du traitement.

Dans la *constipation atonique*, la thérapeutique offre souvent de grandes difficultés. Nous n'avons pas seulement à traiter l'insuffisance motrice de l'intestin qui s'étend à des fragments plus ou moins étendus du tube gastro-intestinal il nous faut encore lutter contre la faiblesse, la parésie de la paroi abdominale.

En ce qui concerne le régime diététique, voici l'opinion d'Ewald : le régime doit faciliter le travail de l'intestin ; il doit exciter son péristaltisme. Or, ni l'usage exclusif des viandes, ni l'usage des végétaux ne permettent d'atteindre le but recherché. D'une part les viandes donnent peu de résidus alimentaires éliminés par les selles, et leurs produits de digestion déterminent localement ou à distance une certaine parésie des nerfs moteurs. D'autre part les végétaux laissent, à la vérité, des résidus de digestion assez volumineux pour exciter l'activité intestinale ; mais ceux-ci fatiguent au bout d'un certain temps l'intestin, d'où une nouvelle phase de constipation. C'est donc au régime mixte qu'il faut accorder la préférence.

Il est indiqué de recourir aux eaux minérales purgatives dans les conditions suivantes : au début du traitement, dans les premières semaines, même concurremment avec d'autres méthodes, on prescrit chaque matin un purgatif. Alors seulement que cette thérapeutique a été poursuivie pendant quelque temps, on essaye pour un jour de supprimer le purgatif. Si une selle se produit néanmoins, on renouvelle cet essai le jour suivant, et l'on ne reprend cette médication qu'à l'apparition d'une nouvelle phase de constipation. On peut ainsi, grâce à ces interruptions, mettre à l'épreuve l'efficacité de la méthode physique.

L'hydrothérapie, le massage, la mécanothérapie et l'électrothérapie constituent en effet la partie la plus importante du traitement. Ces procédés ne sont pas seulement palliatifs ; s'ils sont judicieusement employés, suffisamment prolongés, ils peuvent guérir même des formes graves de constipation atonique.

Leur action est causale, car ils influencent directement la musculature intestinale aussi bien que les muscles de l'abdomen, dont le rôle est important dans la genèse de l'affection. Ces procédés possèdent des actions spéciales sur les divers facteurs de la constipation atonique : l'hydrothérapie améliore plutôt le régime circulatoire des organes abdominaux, elle augmente les sécrétions de la muqueuse intestinale, et par suite elle rend plus actifs les mouvements péristaltiques ; la faradisation, le massage, la gymnastique fortifient de préférence la musculature abdominale ; mais le plus souvent il est nécessaire de combiner tous ces procédés.

On emploiera toutes les méthodes hydrothérapiques tonifiantes, c'est-à-dire celles qui exercent, localement de préférence, soit une action thermique, soit une action thermo-mécanique. Buxbaum (*Zentrall. f. d. g. Therapie*, 1906) recommande particulièrement les frictions, suivies d'un bain de siège froid d'une durée maxima de cinq minutes. Ce sont aussi des demi-bains, avec des affusions en nombre variable sur l'abdomen. Il est à remarquer toutefois que ces affusions exercent une action très puissante, qui chez les patients excitables ou affaiblis peut avoir des conséquences désagréables. Dans un cas, Buxbaum put observer du collapsus durant une application ; depuis cet accident il n'use que d'une façon très prudente de ce procédé.

Il faut encore mentionner les bains complets, les bains dans l'eau en mouvement, les bains par aspersion. L'action thermique et mécanique de ces derniers est également intense, aussi exige-t-elle un emploi judicieux : l'auteur recommande une aspersion froide de courte durée, suivie d'une douche en jet mobile, dirigée particulièrement sur l'abdomen ; il préconise aussi l'aspersion froide suivie d'une douche écossaise sur l'abdomen. Il emploie enfin les douches écossaises sur la colonne lombaire, les douches sur le périnée.

Il faut également dans le cas particulier res-

pecter les prescriptions générales, qui s'appliquent à toute pratique hydrothérapique ; c'est ainsi qu'il est particulièrement nécessaire de provoquer une réaction suffisante. On ne doit pas se contenter de prescrire telle ou telle méthode, sans examiner l'état de la nutrition, le régime circulatoire ; il est parfois nécessaire de réchauffer la surface du corps avant de faire une application froide. Si malgré toutes les précautions recommandées la méthode échoue, la raison en est dans des conditions anatomiques spéciales, car l'hydrothérapie ne donnera naturellement aucun résultat dans l'atonie, liée à des brides cicatricielles, des néoformations, etc., qu'il n'est pas toujours facile de diagnostiquer.

Une compresse humide, appliquée sur l'abdomen durant la nuit, rendra aussi de grands services; par un temps beau, sec et chaud, elle pourra également être portée pendant le jour, à la condition qu'elle soit recouverte d'une toile imperméable.

Dans l'atonie, les irrigations doivent être employées avec beaucoup de prudence. De grandes quantités d'eau augmentent facilement l'atonie existante. Il est bon de commencer par de petites quantités d'eau froide, à 21 ou 25° C, qui dégagent la partie inférieure de l'intestin ; puis, avec une canule intestinale plus longue, en introduit 1/3 ou 1/2 litre d'eau froide. Le lavement est gardé le plus longtemps possible pour avoir tout son effet utile.

Boas recommande une méthode très simple, qu'il emploie depuis de nombreuses années dans les cas rebelles : c'est la douche d'éther, dont l'action est principalement physique, par suite de l'excitation froide qu'elle détermine : une ou deux fois par jour, 100 centimètres cubes d'éther sulfurique rectifié, sont pulvérisés sur la paroi abdominale au moyen d'un appareil de Richardson. Le froid, qui se dégage, exerce une excitation sur la paroi abdominale, et vraisemblablement sur l'intestin, car une évacuation alvine ne tarde pas à se produire. Boas a obtenu de ce procédé de très bons résultats.

On sait toute l'efficacité du massage dans la constipation ; mais un massage trop vigoureux peut être plus nuisible qu'utile. Il est recommandé de faire un effleurage régulier, puis un pétrissage de la paroi abdominale et du gros intestin ; ce sont ensuite des tapotements, dont la pratique est assez délicate, en ce qui concerne leur force et leur durée : aussi préconise-t-on l'emploi d'un vibrateur, mis en mouvement soit à la main, soit par l'électricité; ce massage vibratoire de l'abdomen est très en honneur, à l'heure actuelle ; on peut aussi l'exercer sur les régions lombaires et sacrées, sur le périnée. Jaksh en a obtenu d'excellents résultats : il le préfère dans l'atonie du gros intestin, aux méthodes électrothérapeutiques.

Le massage doit être fait le matin, ou bien 4 à 5 heures après le repas principal ; au début il est quotidien. Après quinze jours on essaye de l'interrompre pour se rendre compte de ses effets. La durée d'une séance est en moyenne de dix minutes ; la durée du traitement total varie suivant les cas et leur gravité. Tout processus inflammatoire de l'intestin ou du péritoine contre indique naturellement le massage.

Quant au massage vibratoire, il n'est, dit Jaksh généralement pas nécessaire pour quelques jours, il n'est pas rare de voir dans les cas légers la régularité quotidienne des selles s'installer. Dans la constipation chronique, il est parfois nécessaire de continuer ce traitement durant plusieurs semaines, on ne peut à cet égard de mettre de règles générales ; chaque cas, pris en particulier, doit être étudié.

Cette méthode sera efficacement renforcée dans ses effets par la gymnastique, qui fortifiera les muscles squelettiques, en particulier ceux de l'abdomen : 6, 10, 15 fois, le malade couché prendra la position assise, la résistance sera constituée par la main du masseur posée sur l'abdomen. On fera aussi des flexions snr les genoux, des flexions du tronc, des torsions du tronc. Tout excès de fatigue sera évité. La gymnastique aux appareils (*Zander, Herz Kunkenberg*) sera indiquée contre la faiblesse de la musculature intestinale, concomitante à celle des muscles abdominaux.

On connaît aussi les excellents effets du canotage, des ascensions en montagne, etc., sur le péristaltisme.

Il n'existe pas de méthode électrique, qui n'ait été recommandée dans le traitement de la constipation. La plus ancienne consiste dans la faradisation au moyen d'une électrode rectale ; elle est abandonnée. On préconise à l'heure actuelle la galvanisation ; le pôle positif étant relié à l'électrode rectale, on fait passer un courant de 4 à 5 milliampères. Boudet emploie une sonde anale, qu'il adapte à la pointe, d'un entéroclyse, rempli d'eau salée tiède, et relié à un courant électrique, l'eau constitue une électrode cylindrique, dans le milieu de laquelle se trouve placé le bouton métallique de la sonde. Grâce à ce procédé le malade supporte très bien 15 à 40 milliampères. On donne d'abord un courant ascendant anode dans le rectum, cathode sur la région iléo-cœcale puis on inverse le courant pendant un temps égal et, avec un faible courant, on fait 50 interruptions voltaïques. Mais, dit Buxbaum, cette méthode est un peu compliquée ; l'intensité du courant est beaucoup trop grande.

On applique aussi l'électricité uniquement sur la paroi abdominale, on préfère alors la galvanisation à la faradisation ; une grande électrode est placée sur la région sacrée, une autre, plus petite et mobile, sur la paroi abdominale. Les deux électrodes peuvent encore être placées au niveau de chaque fosse iliaque, on fait passer 5 à 8 milliampères. La farado-galvanisation offre l'avantage d'agir à la fois sur les muscles abdominaux par ses courants faradiques et sur les muscles intestinaux par ses courants galvaniques.

L'électricité statique, sous forme de bains d'air statiques, donnerait de bons résultats ; il n'en serait pas de même de la darsonvalisation. Les courants sinusoïdaux exerceraient une action tonifiante sur l'intestin ; ils ont amené la guérison dans une série de cas de constipation atonique.

Dans la *constipation spastique*, il importe avant tout de fixer le régime. La facilité avec laquelle on arrive souvent à régler le fonctionnement intestinal par la moindre prescription diététique, est démontrée par ce fait qu'il peut suffire d'absorber à jeun un verre d'eau, il en est de même pour les eaux acidulées, pour le lait fermenté, pour le kéfir : on commence par un verre, on continue par deux et trois verres. Quant au lait, il donne des résultats variables ; parfois il régularise les selles, mais le plus souvent c'est un constipant. Beaucoup de médecinsvantent les heureux résultats d'un régime végétarien, mais il faut que ses éléments contiennent beaucoup de principes

aqueux ; plus un régime est sec, plus il est constipant. Si le régime végétarien prescrit donne beaucoup de résidus alimentaires, qui constituent des excitants pour la fonction intestinale, il est nécessaire que les malades absorbent de grandes quantités d'eau.

Néanmoins Buxbaum conseille généralement un régime mixte approprié aux conditions individuelles. Dans un certain nombre de cas il faut accorder la préférence aux aliments riches en graisse; d'autres fois les hydro-carbonés rendent de bons services. Jamais d'ailleurs on ne doit restreindre notablement la quantité des hydrocarbonés, et d'accord avec Dunin, Buxbaum recommande volontiers les farineux gras, qui offrent en même temps l'avantage de relever l'état de nutrition du malade.

Comme boisson, on prescrit les eaux acidulées, alcalino-salines ou salées, à condition qu'elles soient froides. Les sources alcalino-salines chaudes, dont le type est l'eau de Carlsbad, ne peuvent être conseillées comme eaux de boisson dans la constipation chronique, car elles sont plutôt constipantes.

Le moyen le plus efficace pour lutter contre la constipation spastique consiste dans la thermothérapie. Celle-ci possède une action causale, en ce sens qu'elle produit la résolution de la crampe des muscles lisses de l'intestin ; c'est là une idée que les praticiens ont été si longs à admettre ; les applications de chaleur par la surface cutanée et par le rectum étaient employés depuis une dizaine d'années dans le saturnisme, le type de la constipation spastique, avant que les irrigations rectales d'eau chaude et l'huile ne fussent ordonnées dans la constipation spastique ; afin de donner à cette méthode toute son efficacité, et d'empêcher toute action irritante, il faut que l'eau soit suffisamment tempérée, qu'elle arrive sous une pression déterminée en quantité déterminée. Presque toujours les insuccès du procédé résultent de ce que l'eau est employée trop chaude, en quantité minime, sous une pression trop élevée : il en résulte une aggravation de l'affection. Buxbaum recommande l'eau à 45° ; l'irrigateur ne doit pas être élevé à plus de 30 ou de 60 centimètres au-dessus du plan du lit ; le patient est couché sur les reins avec une légère élévation de la hanche gauche. Mieux vaut encore faire l'irrigation dans la position genupectorale. Le patient se couche ensuite sur le côté, et — point capital — il s'efforce de garder le plus longtemps possible son irrigation. L'eau remonte ainsi jusque dans les parties les plus élevées du gros intestin. On commence par une irrigation de 1/2 litre à 1 litre, afin de permettre au malade de garder plus facilement son lavement. De plus grandes quantités d'eau, si elles sont gardées par le malade, dilatent et réchauffent uniquement les parties inférieures de l'intestin ; on les emploie donc lorsqu'on veut agir sur ces régions et, dans ce cas, il n'est pas nécessaire que l'eau soit gardée ; ce qu'il importe surtout d'obtenir est le choc thermique sans cesse renouvelé à l'entrée et à la sortie de l'eau. On se sert alors d'un entonnoir muni d'un tube de caoutchouc percé à son extrémité inférieure de 10 à 15 trous ; celui-ci est poussé aussi profondément que possible ; l'eau ressort le long de ses parois, et l'opération peut durer 1/4 d'heure ou 1/2 heure, pourvu que l'eau soit maintenue à une température constante.

Pour les irrigations on emploie aussi les eaux minérales chaudes, provenant de source alcalino-saline ; on peut également utiliser l'eau de Carlsbad réchauffée. Cependant, dit Buxbaum, il faut avouer que le résultat obtenu n'est pas supérieur à celui de l'eau ordinaire.

Fleiner recommande les irrigations huileuses à condition que l'huile soit pure (huile d'olives). Par une sonde rectale il injecte sous forte pression au moyen d'une seringue ou d'un irrigateur 100 à 200 grammes d'huile chaude. Le patient se couche sur le côté gauche, ou prend la position genupectorale ; l'irrigation terminée, il doit rester couché 1/2 heure ou une heure en s'efforçant de garder l'huile. L'effet principal de ces irrigations huileuses réside dans leur action thermique : peut-être rendent-elles les masses fécales plus molles, mais la chose entre peu en ligne de compte dans la constipation spastique ; il faut avant tout vaincre le spasme, et c'est la chaleur qui produit ce résultat. Peut-être est-elle plus facile à garder par le malade, mais elle possède d'autres inconvénients extérieurs (difficulté de maintenir la propreté, souillure des vêtements et du linge).

Boas conseille une émulsion d'huile faite de la façon suivante : dans 1/4 de litre d'eau on fait dissoudre un fragment de soude, gros comme un haricot, on y ajoute lentement deux cuillerées à potage d'huile de foie de morue du commerce et l'on agite ; puis on verse deux cuillerées d'huile de ricin dans le mélange, que l'on brasse jusqu'à émulsion. Ce liquide passe très bien par l'irrigateur ; il est facilement gardé par le patient. C'est là une méthode à recommander pour les cas où il est nécessaire de faire des lavements huileux. Buxbaum l'a employée souvent, et il a toujours été satisfait de ses résultats. Elle n'a pas les inconvénients des lavements huileux ordinaires, et elle ne produit jamais ni douleurs, ni irritation.

Les applications chaudes par le rectum l'emportent de beaucoup par leurs effets sur les applications thermiques au niveau de la surface cutanée. Cependant il est bon de combiner les deux procédés ; pour cela, Buxbaum recommande un tube à circulation d'eau chaude à 40° qui entoure toute la partie inférieure du tronc, suivant le procédé de Winternitz. Cette application doit durer au moins une heure. Dans le même but on emploie des compresses chaudes ; sur un bandage de corps en flanelle, on place des compresses chaudes, que l'on recouvre de flanelle ; celles-ci doivent être fréquemment renouvelées, c'est là une petite complication du procédé.

Quant aux applications locales d'air chaud, une surveillance constante s'impose pour que des températures trop élevées ne soient pas atteintes. On obtient aussi de bons résultats au moyen des applications locales de boues, de sable, de fange, etc. Enfin les bains de siège à 35 ou 40°, pendant une demi-heure en plus, se recommandent également à la condition que l'on maintienne leur température constanmment élevée.

Mais avant tout, c'est au bain complet, à 37 ou 40° pendant 20 à 30 minutes, qu'il faut recourir. Buxbaum préconise aussi la douche écossaise, suivie d'une douche chaude, puis d'une douche froide ; c'est enfin la douche périnéale prolongée, suivie d'une aspersion chaude.

Les méthodes de traitement mécanique ou électro thérapeutique n'ont pas une grande im-

portance pour lutter contre la constipation spastique.

Il faut ajouter encore quelques mots sur la *constipation fragmentaire*, définie de la façon suivante par Boas ; il s'agit d'individus qui ont des selles régulières, spontanées ; mais celles-ci sont insuffisantes et occasionnent de fréquentes envies de déféquer. Les malades doivent se présenter à la garde-robe toutes les deux ou trois heures, et éliminent chaque fois à grand'peine une petite quantité de matières cylindriques ou sphériques, parfois pâteuses. Ces patients éprouvent tantôt des sensations de pression dans le gros intestin et du tenesme, tantôt une sensation de plénitude dans le bas ventre, qui les incite sans cesse à se présenter à la garde-robe. Cette variété de constipation particulièrement fréquente chez les hommes, est due à une torpidité des parties inférieures du gros intestin, parfois du rectum seulement.

Quant à la thérapeutique de cette affection, que l'on confond facilement avec la constipation spastique à un examen superficiel, Buxbaum attire l'attention sur l'efficacité de petits lavements froids. Ceux-ci doivent être donnés sous faible pression, afin de n'atteindre et de n'exciter que le rectum dans sa fonction, on emploie aussi avec succès les bains de siège froids, le massage vibratoire du rectum, la faradisation du rectum au moyen des courants faibles et de courte durée.

Dr GEORGES.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Gynécologie médicale conservatrice

La chirurgie gynécologique devient de plus en plus conservatrice. On n'extirpe plus les ovaires ou l'utérus que pour des affections chroniques graves. Il y a peu de temps, nous assistions encore à des hystérectomies pour métrite parenchymateuse chronique, pour ces utérus que l'on appelait fibromateux, et où l'on ne rencontrait pas de fibrome.

A l'heure actuelle, une grande partie de la thérapeutique gynécologique est devenue *médicale*, et c'est fort heureux pour le praticien, qui conserve ainsi ses malades, tout en pouvant les traiter d'une façon énergique. Nous connaissons bien maintenant des procédés faciles de la dilatation cervicale, de scarification du col, de massage utéro-abdominal, et nous savons les bons effets des pansements vaginaux.

Le thigénol, à ce point de vue a remplacé l'ancien ichtyol, si malodorant et parfois toxique. Il détermine, en effet, une décongestion puissante de l'utérus et des annexes, amenant l'atténuation et la disparition des pertes, réduisant de volume des organes hypertrophiés. Il est encore un excellent analgésique. Les douleurs lombaires, iliaques et hypogastriques cessent en un temps relativement court, quand on l'applique régulièrement.

Depuis plusieurs années déjà, nous soumettons à ce traitement ces mêmes métrites parenchymateuses dont les chirurgiens aimaient à s'emparer, et, nous pouvons dire, en toute certitude, que les résultats obtenus sont vraiment remarquables.

Mais pour améliorer nettement l'état gynécologique des malades, il importe d'agir avec méthode. Ce n'est pas que le thigénol soit le moins du monde toxique et que les doses utilisées doivent être limitées dans une posologie restreinte, mais il est nécessaire de procéder à des pansements très réguliers, et de s'assurer que les malades prennent exactement, deux fois par jour, des injections antiseptiques très chaudes.

Nous distinguerons immédiatement, au point de vue thérapeutique, les cas aigus des cas invétérés chroniques. Aux premiers, nous réservons, pendant 2 semaines environ, les pansements thigénolés représentés par les tampons imbibés de la solution glycérinée à 50 gr. pour 50 gr. et aux seconds, nous réservons l'usage des ovules à 30 %. Dans le premier cas, nous plaçons un tampon tous les deux jours, et quant au bout de 2 semaines, à la suite des écoulements considérables qui se produisent, les douleurs ont disparu, les pertes ont diminué, nous ordonnons les ovules thigénolés que la malade place elle-même tous les soirs, jusqu'à ce que les symptômes de l'affection aient presque complètement diparu.

Dans les cas chroniques, nous avons remarqué que l'usage du tamponnement n'est pas toujours nécessaire et que l'introduction journalière d'un ovule à 30 % suffit pour amener une amélioration très nette.

Dans les deux cas, nous ordonnons pour les injections vaginales biquotidiennes, deux litres d'eau bouillie chauffée à 45°, et dans laquelle nous faisons verser par litre la valeur d'une cuillerée à soupe et demie d'Anios. Cette substance est absolument sans dangers, elle est inodore et incolore. Elle est constituée par un sel vanadique nouveau, le trioxychlorométhyle de vanadium, qui agit énergiquement sur les germes infectieux par une production régulière et permanente d'oxygène naissant. En général, les malades le préfèrent au permanganate de potasse.

Voici, par exemple, un cas de salpingite aiguë. La trompe est volumineuse, douloureuse au toucher. L'ovaire est souvent enflammé, de même l'utérus. Il existe des douleurs vives dans la fosse iliaque et le membre inférieur correspondant. La leucorrhée ne manque pas et souvent aussi les règles sont profuses.

Nous ordonnons donc matin et soir, des injections antiseptiques à l'anios, et nous plaçons tous les deux jours un tampon trempé dans la solution suivante :

Thigénol..........	ââ 50 gr.
Glycérine neutre....	

Dès les premiers pansements, nous constatons une exsudation mucopurulente considérable ; l'utérus se décongestionne. Bientôt après les douleurs continuent. Puis l'écoulement thérapeutique dû au thigénol, change d'aspect ; il devient muqueux, séreux. Les souffrances disparaissent entièrement. Au bout de 15 jours environ, la leucorrhée est très atténuée. Elle n'est plus jaunâtre, elle a perdu sa mauvaise odeur, et n'empèse plus le linge. A ce moment, nous jugeons inutile de continuer nous-mêmes les pansements, et nous conseillons les ovules à 30 %. L'amélioration se poursuit. Les règles sont beaucoup moins profuses, et souvent indolores. Après un mois environ de ce traitement, le toucher vaginal nous permet de sentir un utérus moins volumineux et

surtout une trompe indolore, à peine hypertrophiée. Quand la médication est continuée encore pendant une à deux semaines, il nous arrive de ne pouvoir plus délimiter par le toucher les annexes, auparavant saillantes. Les culs-de-sac ne sont plus douloureux, la salpingite a disparu.

Le Dr Siredey (1), médecin de l'hôpital St-Antoine, recommande l'emploi du thigénol dans les salpingites aiguës. Mais nous différons avec lui au sujet des doses qu'il indique. Il utilise en effet, pour ses tamponnements, de la gaze stérilisée fortement imbibée de la solution suivante :

Glycérine pure........	200 gr.
Thigénol..............	50 gr.

et laisse le tampon en place pendant 24 à 36 heures. — Avec cette dose de thigénol on peut sans doute obtenir déjà de bons résultats, mais notre expérience personnelle nous autorise à dire que la dose du remède peut être hardiment doublée sans crainte, et qu'ainsi on obtient des effets plus rapides, et, surtout, une plus puissante analgésie.

Passons maintenant aux métrites chroniques. Les unes sont très douloureuses, les autres sont catarrhales. Dans les deux cas, l'usage du thigénol nous a paru encore tout à fait recommandable. Nous avons dit, tout à l'heure, que la plupart du temps nous conseillons alors les ovules thigénolés. Dans certains cas cependant, quand l'utérus est dévié soit en avant, soit plutôt en arrière, ou bien quand il est légèrement prolabé, nous utilisons pendant quelque temps les tampons de thigénol. Ils maintiennent l'utérus et facilitent le redressement, que nous obtenons mieux par le massage. Ensuite nous ordonnons les ovules à 30 %.

Mais quand un changement appréciable n'est pas survenu dans la position de l'organe, nous faisons appel aux seuls ovules. La médication pour ces maladies chroniques durera longtemps (un à 2 mois environ) et il est tout à fait inutile de s'astreindre à des tamponnements toujours ennuyeux pour les malades.

Les ovules déterminent alors une forte décongestion, une rapide analgésie. La leucorrhée s'atténue et disparaît ; les règles sont normales, les ulcérations cervicales s'amendent et le volume de l'utérus diminue. Ce sont tout d'abord les douleurs lombaires qui cessent, puis les douleurs hypogastriques et en second lieu les pertes utérines.

Pour les métrites puerpérales mêmes résultats, de même pour les métrites banales sans origine gonococcique. Dans tous ces cas, le Dr Siredey conseille aussi le thigénol. « Généralement d'origine endogène dit-il, les métrites banales réclament des soins moins compliqués. Dans la majorité des cas, un simple traitement vaginal suffit : injections alcalines et astringentes, pansements cervicaux à la glycérine thygénolée... Les pansements avec des tampons glycérinés ou des ovules doivent être faits surtout dans les jours qui précèdent et dans ceux qui suivent immédiatement les règles. »

De même, à Montpellier, le professeur Soubeyran recommande l'emploi du thigénol pour le traitement des métrites chroniques.

La solution qu'il utilise est plus forte que celle de Siredey, puisqu'elle est de 50 gr. de thigénol pour 150 gr. de glycérine. Il se sert de tampons vaginaux qu'il place tous les deux jours.

Toute question de dose mise à part, il est indiscutable que la gynécologie médicale s'est grandement enrichie quand elle a reçu le thigénol. Par sa décongestion puissante, par ses vertus analgésiques, par son action résolutive sur l'hypertrophie organique, ce remède représente essentiellement un *moyen thérapeutique conservateur*. Il permet d'éviter à beaucoup de femmes les dangers d'une opération chirurgicale. C'est là une opinion toute personnelle, il est vrai, mais nous sommes heureux de nous trouver d'accord à ce sujet, avec le Dr Siredey, et le Professeur Soubeyran.

Dr E. SAVOYET.

(1) *L'Hygiène de la femme*, Masson, édit. 1907.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

A propos d'un projet de réorganisation des études dentaires.

Nous recevons l'intéressante lettre que nous reproduisons ci-dessous :

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

M. le Pr Lannelongue vient de faire paraître un projet de réorganisation des études dentaires qui n'est pas sans nous surprendre, d'autant plus qu'il émane du vice-président de la Commission de réforme des études médicales.

On sait qu'à l'heure actuelle, il suffit, pour entrer dans une école dentaire, d'avoir le certificat de grammaire, ou le certificat d'études primaires supérieures, que de nombreux élèves chirurgiens dentistes n'ont pas quinze ans.

On sait, en outre, que les écoles dentaires sont des écoles libres et privées où l'enseignement est donné surtout par des chirurgiens-dentistes non médecins et dont par conséquent les connaissances anatomiques et pathologiques ne sont peut-être pas suffisantes.

L'un d'entre eux jugea bon de faire un livre d'anatomie à l'usage des élèves dentistes, où l'on peut trouver ces données nouvelles : « le maxillaire inférieur s'articule avec le maxillaire supérieur ». Un de leurs professeurs ne recommandait-il pas à ses auditeurs de stériliser des boulettes de coton en les passant rapidement dans la flamme ! !

Et c'est à ces jeunes gens, presque des enfants, que de semblables maîtres apprennent à donner le chloroforme, à soigner les manifestations buccales de la syphilis et du diabète, à opérer les accidents parfois si terribles de la dent de sagesse et même à ouvrir un sinus maxillaire !

Le professeur Lannelongue a grandement raison de dire qu'il est urgent de modifier les études dentaires et d'en élever le niveau. Que propose-t-il ? De rattacher les Ecoles dentaires aux Facultés de Médecine, d'exiger le baccalauréat, de fixer un minimum d'âge d'entrée à 16 ans, d'imposer un cycle de 5 ans pour la durée des études.

Le baccalauréat? Cinq ans d'études? Eh bien! pourquoi ne pas demander de suite la seule chose juste et raisonnable, pourquoi ne pas exiger le diplôme de docteur en médecine ? La stomatologie n'est-elle pas une spécialité médicale au même titre que l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie ? Seul, le docteur en mé-

decine n'offre-t-il pas les garanties nécessaires aux malades qui viennent réclamer ses soins ?

Il est de toute urgence, pour la santé publique, dans l'intérêt des malades, pour notre considération professionnelle, de voir disparaître tous les diplômes para-médicaux. Proclamons donc hautement que, dans l'intérêt général du public, qui est aussi notre intérêt particulier, la médecine doit appartenir aux médecins, que tous ceux qui veulent soigner des malades doivent être docteurs en médecine.

Ce n'est pas en exigeant des connaissances plus sérieuses et plus étendues des chirurgiens dentistes avant leur entrée à l'école, où ils recevront toujours les leçons de professeurs non médecins, et cela pendant 5 ans, que l'on arrivera à un résultat satisfaisant.

Dans tous les hôpitaux, les étudiants en médecine trouvent des consultations dentaires, faites par des médecins nommés au concours et peuvent parfaitement y apprendre leur spécialité à fond.

Il est donc inutile d'avoir des écoles dentaires, il est nuisible pour la santé publique d'avoir des chirurgiens-dentistes. Et la seule réforme à faire est d'exiger le diplôme de docteur en médecine pour ceux qui veulent soigner la bouche et les dents.

Dr Pietkiewicz fils,
Médecin-dentiste des asiles de la Seine.

Projet de M. le Professeur Lannelongue.

Le Comité consultatif de l'Enseignement public a été saisi d'un projet de réorganisation des programmes dentaires au moment où la réforme des études médicales est à l'ordre du jour et va devenir l'objet d'un examen des plus attentifs. N'eût-il pas été préférable de comprendre, dans cette réforme, la réorganisation de l'art dentaire, qui n'est qu'une partie de la médecine ? Cela me semble évident. Et si j'ai accepté d'être le rapporteur des questions soumises au Comité consultatif, c'est que j'ai l'opinion qu'on attendra longtemps la réforme des Etudes médicales, cette importante question étant soumise à l'examen d'une grande Commission qui n'aboutira certainement qu'après de très longs travaux.

Je mettrai en relief, dès l'abord, une considération bien digne de fixer l'esprit. Deux Facultés de médecine de l'Etat, celles de Lille et de Nancy, ont assuré l'exécution d'un programme d'enseignement dentaire, et une troisième, celle de Bordeaux, procède, en ce moment, à une création analogue.

Ne sont-ce pas des exemples qui font le plus grand honneur aux Universités de la province ? Je désire vivement que la Faculté de médecine de Paris entre dans la même voie et réclame impérieusement de l'Etat l'enseignement autonome et complet d'une spécialité nullement différente des autres, et qui, par son influence éducatrice et bienfaisante, contribuera certainement à l'amélioration du sort des humbles et des débiles.

Conditions d'entrée. — S'il importe de ne pas éloigner les aspirants dentistes de la carrière qu'ils veulent suivre, par un accès trop difficile, on doit être également soucieux d'exiger d'eux un savoir dont le fond sera de nature à élever le niveau moral en même temps qu'il fera peu à peu cesser le discrédit qui a plus ou moins justement pesé jusqu'ici sur la profession de dentiste. Le diplôme n'étant obtenu qu'à l'aide de connaissances sérieuses et plus étendues n'en aura que plus de valeur.

En dehors de mon opinion personnelle, j'ai pu recueillir une unanimité absolue de la part des dentistes, que j'ai interrogés, pour exiger le baccalauréat ou le certificat d'études primaires supérieures.

On ne saurait pas non plus, à notre époque, exclure les femmes de l'exercice d'une profession, qui est tout à fait à leur portée, conforme à nos mœurs, où elles se rendront utiles sans nuire aux soins que la maternité ou la famille peuvent exiger d'elles à un moment donné. Elles devront présenter le diplôme de fin d'études secondaires de jeunes filles, qui est presque l'équivalent du baccalauréat.

L'heure n'est pas encore sonnée où il faille demander le diplôme de docteur en médecine pour faire un dentiste ; mais j'estime qu'on y doit songer pour un avenir aussi rapproché que possible, et c'est favoriser l'évolution dans ce sens que de franchir une nouvelle étape en diminuant la distance qui sépare les deux diplômes.

Conformément aux vœux antérieurs du comité consultatif, je crois qu'il convient d'accepter un cycle de cinq ans pour la durée des études, avec un minimum d'âge d'entrée de seize ans. Toutefois, on pourrait facilement réduire les questions à quatre ans, avec un enseignement plus serré, plus substantiel comme technique et comme savoir théorique, mais à la condition d'organiser des études plus méthodiques, plus systématiques à l'aide de cours théoriques, cliniques, de travaux pratiques dans des laboratoires parfaitement outillés, et dans des consultations établies dans ce but. Mais une pareille organisation ne saurait être proposée à Paris qu'avec la création d'un vaste Institut dentaire autonome.

Sur les cinq années d'études, les deux premières seront consacrées au stage obligatoire, et les trois dernières à la scolarité proprement dite.

Stage. — La question du stage est, actuellement, une des plus difficiles à trancher. Où doit-être fait le stage, comment l'assurer, et sur quelles matières doit-il porter? tels sont les points les plus essentiels qui se présentent à l'examen.

Pour arriver à donner aux dentistes la dextérité et l'habileté opératoire qui leur sont nécessaires, le stage doit comprendre d'abord un travail manuel technique dans un laboratoire spécialement outillé, possédant depuis la forge jusqu'aux instruments d'assouplissement des métaux les plus durs, comme l'or. En second lieu, il est non moins indispensable que ces mêmes élèves apprennent, durant leur stage, à examiner une bouche et une dent, les manœuvres d'extraction, de redressement et de la dentisterie opératoire ; qu'ils voient et apprennent à employer les anesthésiques et qu'ils sachent ausculter le cœur, toutes choses qui ne peuvent s'acquérir que sur des malades venant régulièrement dans des salles de consultation ou dans le cabinet d'un dentiste ayant un laboratoire, apte à diriger le stage et désigné à cette intention.

Or, les hôpitaux de Paris ne possèdent aucun laboratoire, aucune organisation dans ce sens, bien qu'ils aient un personnel de dentistes et de stomatologistes de premier ordre, tous docteurs en médecine et capables d'enseigner.

Les Ecoles dentaires libres seules, et plus spécialement deux d'entre elles, un certain nombre

de chirurgiens-dentistes diplômés de Paris et des grandes villes de province, des villes universitaires en particulier, peuvent offrir les laboratoires nécessaires et la plupart des conditions réclamées par les besoins du stage. On ne saurait donc frapper à d'autres portes que celles-là et encore, devra-t-on exiger des garanties sérieuses en surveillant le stage à l'aide de contrôles bien déterminés et spéciaux.

On ne saurait ne pas dire, en effet, que même dans les Ecoles dentaires et surtout chez les chirurgiens-dentistes la fabrication des appareils de prothèse est de plus en plus confiée à des mécaniciens de métier, de telle sorte que les apprentis n'auront pas beaucoup l'occasion de s'exercer à cette fabrication. On m'a donné l'assurance qu'en province beaucoup de dentistes, possédant des ateliers de fabrication, envoient les moulages des appareils dont ils ont besoin chez des mécaniciens de Paris ou des grandes villes pour qu'ils y soient exécutés par eux.

Toutefois, il est bien certain que les élèves pourront y apprendre à faire les petites pièces, toute la dentisterie opératoire et même la prothèse, si elle est l'objet d'une épreuve spéciale aux examens.

Les chirurgiens-dentistes, ont, en effet, un intérêt pécuniaire puissant à fabriquer, dans leurs ateliers, les diverses pièces de prothèse dont ils ont besoin, attendu qu'ils prélèvent, sur chacune d'elles, un bénéfice d'au moins 50 %, travail compris.

Ces considérations me paraissent suffisantes pour établir qu'on peut, jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'enseignement dans les consultations hospitalières soit organisé dans ce but, assurer le stage à la fois dans les Ecoles dentaires et chez un certain nombre de chirurgiens-dentistes de Paris et des villes universitaires tout au moins.

Tous les élèves dentistes seront tenus d'habiter dans les villes où le stage a lieu et soumis à une réglementation particulière.

Un examen dit de validation du stage sera la sanction indispensable du travail des élèves inscrits. Cet examen comprendra les connaissances générales sur la physique, la chimie et les éléments de l'anatomie de l'homme. Les stagiaires devront donc suivre des cours sur ces matières et seront tenus de disséquer durant un semestre, celui de l'hiver de leur seconde année de préférence.

L'examen portera, en outre, sur la dentisterie proprement dite, c'est-à-dire sur tout ce qui touche au moulage, à la prise d'empreintes, aux appareils de redressement, aux extractions dentaires et au maniement des substances métalliques servant à la prothèse proprement dite. Celle-ci, exigeant une préparation plus longue que la durée de stage, ne sera demandée que dans les examens de scolarité. Le stage doit avoir pour but de donner au dentiste, avec les connaissances générales précédemment indiquées, une légèreté de main et une dextérité dont il a besoin et il les acquerra d'autant plus aisément qu'il aura commencé plus jeune, mais seulement à partir de l'âge de seize ans, ou plus tôt il n'en sera tenu compte qu'à partir de l'âge de seize ans.

Scolarité. — Avant d'aborder la scolarité, je tiens à faire ressortir un point que je considère comme essentiel, celui de ne pas laisser l'élève passer d'une année d'études à l'autre sans examen. L'examen est la seule garantie du travail de l'année et il doit être exigé aussi bien chez le dentiste que chez l'étudiant en médecine.

Il y aura de la sorte, pour les trois années de scolarité, deux examens en cours d'études et un examen terminal ou de couronnement d'études.

Première année. — Je propose l'enseignement des matières suivantes pour la première année d'études :

1° Eléments de séméiologie médicale et auscultation du cœur. Antisepsie chirurgicale et anesthésie. Ces notions seront puisées autant que possible dans les cours et de préférence dans les hôpitaux de médecine et de chirurgie.

Anatomie complète des dents, de leur développement et de leurs connexions avec les maxillaires.

2° Continuation des travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse.

Examen de première année. — Il roulera sur ce programme et sera théorique.

Seconde année. — Eléments d'anatomie, de physiologie, de bactériologie. Stomatologie dentaire. Hygiène de la bouche.

Cliniques dentaires et laboratoires. — On y fera des extractions dentaires, des nettoyages et des pansements, des redressements et de la prothèse.

Cet examen sera théorique et roulera sur les diverses matières.

Troisième année. — Cliniques dentaires ; dentisterie opératoire et prothèse.

Examen. — L'examen terminal, dont le succès assure la *collation du grade de chirurgien-dentiste* doit être plus important que les autres et avant tout professionnel. Je propose de le scinder en deux parties :

1° Epreuve clinique. — Cet examen aura lieu dans une consultation d'hôpital autant que possible, ou dans une consultation d'une école dentaire. Il comportera l'examen de malades atteints d'affections dentaires ou de leurs annexes. Ce sera une épreuve de diagnostic, de clinique et d'indications thérapeutiques ; mais en même temps le jury devra faire une révision des connaissances des candidats sur ce qui touche l'hygiène de la bouche, l'anesthésie et les maladies des dents.

2° La seconde partie portera exclusivement sur la dentisterie opératoire et la prothèse. Elle comprendra la partie mécanique de ces interventions et, notamment, la fabrication d'un appareil de prothèse. La durée de cet examen sera fixée par le jury selon son importance, entre trois, huit heures et même deux jours d'épreuve s'il est utile.

Elle ne peut avoir lieu que dans un laboratoire de dentisterie dont l'outillage permettra cette fabrication.

D'où la nécessité d'avoir un *laboratoire complet d'enseignement dentaire*, tout prêt à servir également pour les sessions d'examen. On ne peut guère avoir quelque souci des études dentaires, sans accepter l'obligation d'un laboratoire spécial dans les Facultés ou dans les Ecoles d'enseignement, aussi bien pour toutes les garanties d'équité des examens que pour les études elles-mêmes.

Je terminerai ce travail en disant qu'il est juste d'accorder un avantage mérité, mais nullement

un privilège, aux aspirants au doctorat en médecine qui ont fait trois années de scolarité médicale. Ils seront dispensés du premier examen de scolarité dentaire, mais à la condition de justifier des deux années de stage accompli dans un service dentaire hospitalier ou dans un établissement libre d'enseignement supérieur dentaire, reconnu d'utilité publique et assimilé aux dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

N. D. L. R. — Le *Concours*, dans l'intérêt même de la santé publique, se déclare opposé à toute tentative d'extension d'un privilège qui se conçoit mal par lui-même et que les législateurs de 1892 n'ont consacré que transitoirement.

L'art dentaire a des rapports trop étroits avec la médecine générale pour que l'on puisse en admettre l'exercice sans instruction médicale complète. C'est la thèse que nos représentants feront entendre à la Commission de réforme des études médicales ; elle est trop rationnelle, d'ailleurs, pour être rejetée.

REPORTAGE MÉDICAL

Premier Congrès français de stomatologie. — Un Congrès réunissant les docteurs en médecine qui pratiquent la Stomatologie en France, et auquel seront conviés les stomatologistes étrangers, aura lieu à Paris, cette année du jeudi 1er *août* au lundi 5 *août* 1907. Telle est l'excellente nouvelle que nous sommes heureux d'annoncer.

Voici en deux mots l'histoire et l'origine de ce congrès. Le docteur Allaeys, d'Anvers, fit à la Société de Stomatologie de Paris, dans sa séance d'octobre dernier, la proposition d'organiser à Paris, en août 1907, un congrès de Stomatologie. Le Dr Cruet présenta lui-même cette proposition qu'il fit sienne et la défendit devant ses collègues. La Société de Stomatologie de Paris admit la chose en principe et constitua une commission formée de son bureau et de ses anciens présidents, pour étudier la question à fond. Un appel fut adressé à plusieurs stomatologistes de Paris et de province : il rencontra un accueil des plus enthousiastes, à telle enseigne qu'un membre de cette commission nous écrivait il y a peu de jours : « Le con« grès s'annonce d'une façon *merveilleuse.* Tout est « plein d'enthousiasme dans le monde stomatologis« te de Paris et de la province ! »

Le Comité d'organisation du « Premier Congrès Français de Stomatologie » a été constitué comme suit :

Présidents d'Honneur : Professeur Docteur Reidier (Lille) ; Docteur Galippe (Paris).

Président : Docteur L. Cruet (Paris).

Vice-Présidents : Docteur Claude Martin, Lyon ; Docteur Jules Ferrier, Paris.

Secrétaire Général : Docteur Jos. Chompret (Paris).

Secrétaires : Docteur Béliard (Paris) ; Docteur Bozo (Paris).

Trésorier : Docteur P. Gires (Paris).

Membres : PARIS : Drs Bouvet, Gaillard, Hugenschmidt, Nogué, Pietkiewicz père, Queudot, Pierre Robin, Rodier et Thomas.

PROVINCE : Drs Bachelier (Poitiers), Bacques (Limoges), Béal (Lille), Besson (Grenoble), J. Bouye (Angoulême), Bugnot (Rouen), Prof. Caumartin (Lille), Chemin (Toulouse), Courchet (Cannes), Dunogier (Bordeaux), Faré (Tours), Fleury (Rennes), Granjon (Marseille), Marais (Caen), Maurel (Toulouse), Nuyts (Roubaix), Nux (Toulouse), Prof. R. Rosenthal (Nancy), Julien Tellier (Lyon), Thesée (Brest) et Tourtelot (Royan).

Le Congrès aura des séances théoriques et des séances pratiques et de démonstration. En dehors des nombreuses communications libres, que chaque congressiste peut présenter à son choix, il y aura deux rapports sur deux questions importantes du domaine stomatologique — chaque rapport fait à la fois par un stomatologiste français et par un stomatologiste étranger — ; de même deux autres questions également dominantes de notre spécialité seront portées d'office à l'ordre du jour pour être discutées à fond. Les communications et la discussion se feront en français (pour la discussion, l'espéranto pourra être admis si d'aucuns le désirent). Une exposition stomatologique, scientifique et technique organisée par les membres du Congrès sera ouverte pendant toute la durée de celui-ci. Un très grand nombre de stomatologistes de l'étranger se proposent de participer à ce Congrès, non seulement des pays voisins de la France, mais même des pays d'outre-mer.

Nous espérons que *tous* les stomatologistes français se rencontreront à Paris en août 1907 ; le commencement des vacances est du reste un moment favorable aux déplacements. Et nous formulons de même le vœu de voir nos confrères français présenter le plus grand nombre possible de travaux au « Premier Congrès français de stomatologie » et participer à l'organisation de l'Exposition annexée à ce Congrès.

Le montant de la cotisation est de 25 fr. Il est reçu dès à présent par le Trésorier, le docteur P. Gires, 4, rue de Rome, Paris (8e), et donne droit à l'accès de toutes les séances, tant théoriques que pratiques, de l'exposition et des fêtes ainsi qu'au volume des comptes rendus détaillés qui sera publié à l'issue du Congrès. Les titres des communications scientifiques et tout ce qui concerne l'exposition doit être envoyé au Secrétaire général, Dr Jos. Chompret, 182, rue de Rivoli, Paris.

Le Secrétaire général de l'A. J. M. F.,

Dr CABANÈS.

9, rue de Poissy, Paris (Ve arrond.)

2e Congrès international de physiothérapie (Rome 1907, 13 octobre. — Le 2e Congrès international de physiothérapie sera tenu à Rome, les 13, 15 et 16 octobre 1907, sous le patronage de S. M. le roi d'Italie, et sous la présidence du Pr Baccelli, avec le concours des Prs : Belmondo (Padoue), Bianchi (Napes), Bozzolo (Turin), Cascinai (Rome), Colella (Palerme), (Durante (Rome), Maragliano (Gênes), Massalongo (Vérone), Morselli (Gênes), Murri (Bologne), Tambutini (Rome), Tanzi (Florence), Tommaselli (Catane). Les fonctions de secrétaire général sont assumées par le Pr Colombo (Via Plinio I, Rome).

Des Comités nationaux de propagande se sont constitués dans chaque pays. Les plus grands noms de la science médicale leur ont apporté l'appui de leur autorité, comme ils ont déjà donné à la thérapeutique physique l'appui de leur enseignement. La présence simultanée, dans les Comités organisateurs, des savants chargés de l'enseignement officiel et des praticien physiothérapeutes, semble devoir donner au prochain Congrès sa note personnelle et caractéristique. Il marquera l'Union de la science et de la pratique dans un même effort et vers un but unique : la meilleure et la plus complète utilisation des moyens de thérapeutique physique, dont l'usage (ou l'abus) était autrefois trop souvent laissé aux empiriques, et dont

la puissance d'action et la valeur technique, qui méritent de longues études, ne sont plus aujourd'hui contestées par personne.

Le Pr Landouzy a bien voulu se charger, sur la demande du Pr Baccelli, de grouper les initiatives françaises et de coordonner leurs efforts en vue d'apporter un concours actif à ce prochain Congrès.

Les médecins français qui ont déjà fourni au précédent Congrès (à Liège) une contribution considérable, voudront certainement apporter au Congrès de Rome un concours digne de la science française, dans les trois classes d'études du Congrès :

1° Electricité médicale. Radiothérapie. Photothérapie ;

2° Hydrothérapie, Climatothérapie. Diététique ;

3° Thérapeutique par le mouvement et Orthopédie.

La science française a, pour les deux premières, à soutenir son ancien renom, et, pour la troisième, à marquer les pas rapides qu'elle fait dans des études plus récentes pour elle, mais dont l'importance ne lui échappe plus.

Voici la formation du Comité français qui, d'accord avec le Comité romain, adresse, aujourd'hui, un pressant appel à tous ceux qui s'intéressent à la physiothérapie ;

Présidents d'honneur : Pr d'Arsonval, Bouchard, Armand Gautier, Gariel.

Président : Pr Landouzy.

Vice-présidents : Prs Bergonié (Bordeaux), Garrigou (Toulouse), Grasset (Montpellier), Lemoine (Lille), Lépine (Lyon), Spillmann (Nancy).

Secrétaires : Dr Maurice Faure (La Malou), Dr Albert Weil (Paris).

Membres du Comité : Pr Albert Robin (Paris), Pr Arnozan (Bordeaux), Dr Ballet (Paris), Dr Béclère (Paris), Pr Brissaud (Paris), Dr Carron de la Carrière (Paris), Dr Cautru (Paris), Dr Chipault (Paris), docteur Delherm (Paris), docteur Desfosses (Paris), docteur Deschamps (Rennes), Dr Durand-Fardel (Vichy), Pr Gauchet (Paris), Pr Gilbert (Paris), Dr Gourdon (Bordeaux), Pr Guilloz (Nancy), Dr Heitz (Royat), Dr Huchard, Pr Imbert (Marseille), Pr Imbert (Montpellier), Pr Kirmisson (Paris), Dr Lagrange (Vichy), Dr Leredde (Paris), Dr Lucien Graux (Paris), Pr Maygrier (Paris), Pr Mesnard (Paris), Pr Miraillé (Nantes), Dr Philippe (Paris), Pr Pitres (Bordeaux), Pr Raymond (Paris), Pr Sigalas (Bordeaux), Dr Stapfer (Paris), Dr Sollier (Paris), Dr Tissié (Pau).

Inscription. — Tous les docteurs en médecine peuvent être inscrits comme membres titulaires, ainsi que les docteurs ès-sciences. Les dames et autres personnes de la famille des membres titulaires, seront inscrites comme membres associés et invitées aux fêtes et réceptions officielles. Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres titulaires, à 15 francs pour les membres associés.

Adresser les adhésions au Dr Albert Weil, 21, *rue d'Edimbourg, Paris.*

Travaux. — Les langues admises sont : l'allemand, l'anglais, le français et l'italien. Tous les rapports, toutes les communications, seront résumées en français. Comme au précédent Congrès, il sera organisé une exposition de produits et appareils concernant la thérapeutique physique (électricité, etc., diététique, hydrologie), ainsi que des cartes photographiques, plans, graphiques, descriptions (stations thermales, hydrothérapiques et climatiques, instituts de thérapeutique physique) et de tous ouvrages de physiothérapie.

Pour ce qui concerne les travaux du Congrès, rapports, communications, expositions) s'adresser au Dr Maurice Faure, 2, *rue de la Bienfaisance, Paris, ou à La Malou, Hérault.*

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau a repris ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le jeudi 16 mai, à 3 heures, dans la salle des conférences et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

—**Vichy.** —La première des stations thermales vient d'ouvrir ses portes, et, malgré le temps incertain, un grand nombre de baigneurs se pressent pour demander aux sources célèbres le rétablissement de leur santé.

Les agrandissements effectués il y a trois ans, la reconstruction totale des établissements thermaux, l'installation des appareils perfectionnés de massage, d'hydrothérapie et d'électrothérapie, font de Vichy la première station du monde.

Les dyspepsies, les entéro-colites mucomembraneuses, l'entéroptose, les maladies du foie et des voies biliaires, le diabète et les maladies des voies urinaires, y sont traitées avec succès.

Nous rappelons au corps médioal que les mois de mai et de juin sont les plus favorables pour le traitement des malades graves qui évitent ainsi l'encombrement.

Facultés et hôpitaux.

Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries supplémentaires pour les travaux mentionnés ci-après, seront formées en juin 1907 :

1re année : Chimie biologique, histologie, physique et physiologie.

2e année : Physique, histologie et physiologie.

3e année : Parasitologie, anatomie pathologique et chimie pathologique.

Seront seuls admis dans ces séries, après autorisation du doyen :

1° Les étudiants n'ayant pas répondu à leur convocation pour une série régulière.

2° Ceux dont les notes d'assiduité et de travail ont été insuffisantes dans le cours de la série régulière.

MM. les Etudiants qui désirent être admis à accomplir des travaux pratiques dans les séries supplémentaires de juin 1907 devront en faire la demande écrite à M. le Doyen, avant le 2 juin 1907, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre. Les élèves inscrits seront convoqués par lettre individuelle.

— Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le lundi 27 mai 1907, sous la direction de M. Bezançon, agrégé, et Josué, chef de laboratoire et de MM. Griffon et Garnier, préparateurs au laboratoire de bactériologie de M. le Prof. Cornil. Le droit à verser est de 60 francs.

—M. le Professeur Terrier est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Lacaze, de Monbahus (Lot-et-Garonne), Rabot, de Lyon, et Chevallier, de Compiègne, membres du « Concours Médical ». M. le docteur Chevallier était également président de l'Association des médecins de l'Oise.

Le Directeur-Gerant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 21 | Dimanche 26 MAI 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Comité permanent de l'Assemblée nationale des praticiens.

Avant de se séparer, le 14 mai dernier, la première *Assemblée nationale des praticiens français* décida de laisser à un Comité permanent le soin de poursuivre avec ténacité la réalisation de ses vœux par tous moyens qu'il jugerait bons, et à l'heure qui lui paraîtrait opportune.

Elle chargea son Bureau de constituer lui-même le Comité, se bornant à signaler officieusement un certain nombre de noms qu'elle souhaitait y voir figurer, et indiqua qu'il devrait travailler dans deux sections, l'une s'adonnant à la rédaction d'un projet de réorganisation des études médicales qu'elle ferait présenter et soutenir à la Commission ministérielle nommée par M. Briand, l'autre recherchant chaque formule d'application du principe de la liberté pour tout malade de choisir toujours son médecin et son pharmacien, quelle que soit la collectivité qui lui assure les secours de maladie.

En exécution de ces décisions, le secrétaire général avait convoqué mercredi 15 mai à l'Hôtel des Sociétés savantes.

1° Tous les confrères dont les noms avaient été proposés par le Congrès ;

2° Ceux qu'avaient signalés depuis lors les Sociétés adhérentes à la grande manifestation du mois précédent.

A 8 heures et demie du soir, une soixantaine de médecins étaient présents, la séance fut ouverte par M. Dubuisson.

Après son exposé et un rapide échange de souvenirs sur les indications laissées par l'Assemblée nationale, il fut aussitôt procédé à l'élection du Bureau du Comité permanent. Elle donna les résultats suivants :

Président : Dr Dubuisson, député.
Vice-Présidents : Drs Coppens, Gairal, Noir, Reymond.
Secrétaire-général : Dr Leredde.
Secrétaire-adjoint : Dr de Grissac.
Trésorier : Dr Gouffier.
Trésorier-adjoint : Dr Vincent.

En quelques mots, MM. Leredde et Gouffier nous donnèrent de bonnes nouvelles de la publication prochaine du compte rendu des séances du Congrès, et de l'état de nos ressources financières, celui-ci assurant d'avance au Comité les disponibilités dont il pourrait avoir besoin.

Après quoi chacune des sections se mit à l'ouvrage, sans tarder : l'une, celle des études, sous la présidence de M. le Dr Reymond, assisté de MM. Coppens, Leredde et Gouffier ; l'autre, dite

de la médecine sociale, présidée par MM. Gairal et Noir, avec M. de Grissac secrétaire, et M. Vincent trésorier-adjoint.

Chaque section, ouverte à tout membre du Comité, a réglé sa méthode de travail, a choisi le jour de sa prochaine séance et en a fixé l'ordre du jour.

La sous-commission des études médicales se réunira le samedi 1er juin à 8 heures et demie du soir, rue Serpente, et s'occupera de l'*organisation de la section médicale du P. C. N.*

La sous-commission de médecine sociale a mis à son ordre du jour du samedi 15 juin, 8 heures et demie du soir, rue Serpente.

1° Les conditions *générales* de l'application du principe du libre choix à toutes les collectivités (rapporteurs : MM. Noir et De Grissac.)

2° Les modifications indispensables à réclamer pour le tarif ministériel des accidents du travail. (Rapporteur : M. le Dr Proby, de Lyon).

La soirée de mercredi a prouvé que le *Comité permanent de vigilance et d'action* méritera son titre et la confiance qui lui fut accordée : il empêchera sans nul doute que l'enthousiasme d'avril ne soit plus tard qualifié de feu de paille.

H. J.

N. B. — Le secrétariat nous adresse la lettre suivante :

Distribution des volumes du Congrès.

NOTE DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Mon cher confrère,

Le premier volume du Congrès des Praticiens a été adressé à tous les adhérents inscrits avant le 25 mars dernier. Un certain nombre d'exemplaires ont été remis à ceux qui sont venus au Congrès.

Le deuxième volume, moins la table des matières, a été distribué à l'entrée du Congrès.

J'ai, depuis, envoyé les volumes ou annoncé l'envoi (le premier volume devant être tiré à nouveau), à tous ceux des Congressistes qui m'en ont fait la demande.

En ce qui concerne le troisième volume qui paraîtra dans un mois environ, nous avons décidé de l'adresser à ceux de nos Confrères qui en feraient la demande, moyennant envoi d'un bon de poste de 2 francs. Cette mesure a été prise pour permettre à la Commission du Congrès de conserver plus d'argent en caisse, et nous espérons que vous voudrez bien la considérer comme légitime, les frais occasionnés par la seule impression des premiers volumes du Congrès étant, à peu de chose près, égaux aux recettes que nous ont fourni les adhésions individuelles. L'importance qu'ont pris les études et les travaux préalables au Congrès a dépassé tout ce que nous pouvions attendre.

Pour raison d'ordre, je vous serais reconnaissant de me donner votre réponse *et de m'envoyer un bon de poste dans les cinq jours.* Il ne pourra être tenu compte des demandes adressées après cette date.

Veuillez agréez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr LEREDDE.
31, Rue de la Boétie.

Ci joint la table des matières du second volume.

RAPPORTS (*fin*).

I. — *Réforme de l'Enseignement médical en France.*

II. — *Libre choix du médecin.*

COMMUNICATIONS.

DOCUMENTS.

LA SEMAINE MEDICALE

Dangers de l'immobilisation des membres.

M. le Dr JUST CHAMPIONNIÈRE a toujours combattu dans les Sociétés savantes pour l'application du massage et de la mobilisation précoce des fractures, des luxations et même des phlébites.

« L'immobilisation des membres, qui fut un dogme non discuté, dans le traitement des fractures et de bien des lésions articulaires, dit M. Championnière dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, avait été réalisée avec tant de bonheur par les auteurs des appareils inamovibles qu'on se jeta à corps perdu dans toutes les formes d'immobilisation.

Il était défendu même de discuter l'opportunité de ces immobilisations, et, au nom d'une saine physiologie, de les critiquer.

Lorsque j'attaquai, à la Société de chirurgie, cette immobilisation forcenée, je fus taxé par Verneuil d'ankylophobe, et je restais à peu près seul à protester contre des pratiques si contraires à l'intérêt des blessés et des malades (1879).

Il ne faut pas oublier que l'on était arrivé à immobiliser d'une façon immodérée, pendant des périodes ridicules, les membres fracturés, et surtout que cette immobilisation était et reste encore la panacée des lésions articulaires. On se représente mal comment on peut commettre les pires excès de ce genre. Par exemple, les meilleurs chirurgiens professent que, lorsque l'on observe des boiteries de l'enfance qui paraissent partir de la hanche, il faut en hâte immobiliser la hanche de l'enfant, selon l'axiôme misérable que, si cela ne peut pas faire de bien, cela ne fait pas de mal, et que l'on se garantit ainsi contre la coxalgie qui menace.

J'ai vu ainsi condamner à un avenir d'ankylose et d'atrophie musculaire de pauvres enfants qui, de toute évidence, n'avaient pas de coxalgie, et qui pourtant avaient passé sous les yeux des chirurgiens les plus éminents encore tout imbus des néfastes doctrines de Verneuil.

L'immobilisation absolue n'est pas la condition favorable pour la réparation osseuse, pour la sécrétion nouvelle qui va réparer la brèche osseuse.

Une certaine quantité de mouvement, un mouvement dosé est la condition la meilleure pour ce processus de réparation.

La vitalité de l'os a besoin du mouvement.

L'immobilisation est la condition défectueuse pour la réparation ».

M. Championnière a si bien étudié cette heureuse influence du mouvement sur les fragments osseux à réparer qu'il a pu constater que, du moment où les conditions de cette réparation sont plus actives, comme chez les très jeunes sujets, dont on connaît la vitalité osseuse, il est capital de ne pas exagérer ce mouvement.

En effet, chez ces jeunes sujets, l'exagération de ces petits mouvements, incapable d'amener des déformations angulaires, est capable d'exagérer la sécrétion osseuse au point de conduire au cal difforme par exagération de volume.

C'est là ce qui a fait dès le début poser ce principe par M. Championnière :

« Mobilisez prudemment les fragments osseux chez les enfants. Ne massez pas, parce que la répétition trop fréquente du mouvement sur des extrémités de trop grande vitalité exagèrerait des phénomènes parfaitement suffisants. »

Or, parmi les faits nouveaux les plus confirmatifs de ces doctrines, les expériences si capitales de MM. Cornil et Coudray sont venues apporter un appoint qui ne pouvait que parfaire les convictions.

Les expériences de MM. Cornil et Coudray, faites sur des animaux, ont montré précisément comment le mouvement, loin d'empêcher la formation du cal, la favorise.

Que sont donc ces expériences de MM. Cornil et Coudray ?

Ces expériences, entreprises sur des animaux, ont consisté en ceci : ils ont fait des fractures sur des animaux.

Ils ont mobilisé les fragments pour empêcher la formation du cal.

Ils ont vu, non seulement que les mouvements imprimés aux fragments n'empêchent pas la formation du cal, mais l'accélèrent.

Ils ont vu que les animaux chez lesquels on avait immobilisé les fragments atteignaient la consolidation plus lentement que ceux chez lesquels on avait imprimé des mouvements.

Ils ont vu que, pour empêcher la consolidation, il fallait imprimer à ces fragments des mouvements angulaires tels que les fragments *perdaient contact.*

Enfin ils ont vu que, si on opère sur des animaux jeunes, l'excitation de la sécrétion osseuse et réparatrice nouvelle, par les mouvements imprimés aux fragments, peut aboutir à une exagération de la formation osseuse qui se traduit par la formation d'une véritable tumeur au niveau des fragments.

La sécrétion osseuse est si abondante que l'on forme de véritables tumeurs osseuses qui contrarient la forme régulière de la réparation ».

M. Championnière ajoute :

« Mais il ne suffit pas de dire que l'immobilisation est inutile et que le mouvement est nécessaire ; il faut bien affirmer que l'immobilisation est néfaste à la vitalité osseuse dans toutes les circonstances dans lesquelles la thérapeutique a besoin de cette vitalité osseuse.

La conséquence, c'est qu'il ne faut jamais imposer une immobilisation qui n'est pas rigoureusement indispensable.

Quand cette immobilisation est indispensable, toutes les fois qu'on pourra la pallier par des manœuvres complémentaires, il faudra y avoir recours. C'est un des rôles bienfaisants du massage immédiat dans le traitement des fractures.

Ce n'est qu'un de ses rôles, car l'action de ce massage immédiat est si complexe que les médecins qui l'ont peu étudiée ne s'en rendent aucun compte vrai.

L'immobilisation des membres, que l'on prodigue sans compter avec l'avenir du membre, est une pratique redoutable. Sans doute, elle a des indications urgentes, et la chirurgie ne saurait s'en passer, pas plus que la médecine. Mais il est de toute nécessité de mesurer parcimonieusement une manœuvre nuisible à la nutrition d'un membre, nuisible pour tous les éléments de ce membre.

Jusqu'à une époque récente, ceux qui s'imaginaient être suffisamment prévenus de ces inconvénients admettaient son influence sur les parties molles, sur les articulations, sur les vaisseaux.

De nouvelles et très précises observations montrent que l'immobilité prolongée altère si profondément la nutrition de l'os qu'il entre rapidement en dégénérescence, si bien que les médecins qui l'emploieront sans discrétion sont appelés à constater bien des méfaits de l'immobilisation, négligés jusqu'ici. Les praticiens mis en garde contre l'abus de l'immobilisation réussiront à corriger bien des accidents qui viennent du traitement et que l'on attribue volontiers aux maladies.

Il y a là tout un avenir ouvert pour l'intervention du praticien dans les cas dans lesquels l'abandon du malade à cette négation de tout traitement a été érigé en doctrine nuisible à l'influence du médecin parce qu'elle est avant tout nuisible à l'intérêt du malade ».

Tuberculose humaine et tuberculose bovine.

Tandis que les Allemands, dans un but commercial, mais pas très humanitaire, proclament avec Koch que la tuberculose bovine n'est pas contagieuse pour l'homme, la commission anglaise chargée de procéder à une enquête sur ce sujet publie un rapport provisoire avec des conclusions diamétralement opposées, que nous relevons dans le Journal *La Clinique infantile*.

« A la suite d'expériences, les commissaires déclarent que les effets que produisent chez les bêtes les injections de matières tuberculeuses provenant de corps humains, leur semblent être absolument identiques avec les effets du bacille de la tuberculose bovine. Les commissaires déclarent qu'il ne fait aucun doute que la tuberculose bovine est capable d'infecter le corps humain. Le rapport dit :

« Le lait de vache contenant des bacilles de la tuberculose bovine, est incontestablement une cause de tuberculose et de tuberculose mortelle chez l'homme. Une très grande proportion des cas de tuberculose due à l'ingestion est attribuée à des bacilles de tuberculose d'origine bovine.

« Nos expériences font ressortir la nécessité qu'il y a à adopter des mesures plus rigoureuses que celles qui sont prises à l'heure actuelle, pour empêcher la vente ou la consommation de lait tuberculeux. »

Le Massage de la prostate.

D'après une récente communication de M. le Dr Le Fur, le massage, qui est une méthode de traitement excellente et très souvent indiquée dans les différentes affections de la prostate, est une arme à double tranchant ; il doit donc être employé avec la plus grande prudence si l'on ne veut pas avoir d'accidents à déplorer.

L'on peut d'abord établir les indications du massage *suivant la nature et le degré des différentes affections prostatiques* : presque toujours à rejeter (sauf si l'on en a une très grande habitude), dans les prostatites aiguës, où il sera remplacé avantageusement par les lavements chauds ou froids et les suppositoires, il donne ses plus beaux succès *dans les prostatites subaiguës*, où il agit en vidant les glandes et en provoquant une décongestion de la prostate : la prudence est toujours ici de mise. Dans les *prostatites chroniques*, il agira encore efficacement lorsqu'il existe des noyaux indurés, en permettant l'évacuation glandulaire et la résorption des exsudats, mais il faudra montrer beaucoup de patience. Quand la sclérose est définitive, il n'y a plus grand espoir à fonder sur le massage, à moins de lui associer d'autres moyens thérapeutiques (électrisation). Dans *les abcès de la prostate*, nous avons obtenu par le massage seul ou combiné à la dilatation, des succès absolument remarquables.

Enfin dans *l'hypertrophie prostatique* (forme adénomateuse et congestive), et chez les *prostatiques jeunes*, nous le recommandons vivement.

Il existe *différentes variétés de massage* de la *prostate*, ayant chacune leurs indications : le *massage rectal* agissant sur la partie surtout postérieure de la glande, le *massage uréthral* par les béniqués modifiant surtout la partie antérieure et péri-uréthrale de la glande ; enfin le *massage combiné* (massage rectal sur béniqué introduit dans l'urèthre).

Le *massage digital* pratiqué avec l'index est le meilleur, car il permet de faire d'abord le diagnostic et se laisse graduer facilement. *Certains instruments*, dont notre masseur mécanique et électrique, peuvent remplacer le massage digital ; enfin le *massage électrique* (électro-massage) associé à la dilatation électrolytique de l'urèthre, et le *massage vibratoire* ont chacun leurs indications.

Les *contre-indications* du massage de la prostate sont nombreuses ; — il ne devra jamais être pratiqué par le malade ; il sera toujours prudent (expression, puis massage circulaire superficiel) surtout lors des premières séances que l'on devra toujours faire précéder d'une série de lavements très chauds suivis de suppositoires résolutifs — pour ramollir la prostate et entr'ouvrir les orifices glandulaires. J'ai d'ailleurs l'habitude, depuis longtemps, de faire précéder chaque séance de massage, d'un lavement bien chaud pris une ou deux heures auparavant qui prépare et décongestionne la glande. — Le massage de la prostate ne sera pas employé autant que possible dans les cas de prostatites très aiguës et très infectées, sauf si l'on a une grande expérience. — En prenant toutes ces précautions, l'on arrivera à éviter toutes les complications qui suivent parfois les séances de massage imprudentes ou maladroites, telles que les épididymites, les abcès de la prostate, les poussées d'uréthro-prostatite et d'excitation vésicale (fausse cystite).

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les Appendicites.

De notion relativement récente, l'appendicite a fait son entrée dans le monde il y a quelque vingt ans. Elle était connue pourtant depuis assez longtemps. La première observation d'appendicite remonte à 1759 et est due à un Français Mestivier, qui, à l'autopsie d'un malade qu'il avait opéré d'un abcès iliaque, trouva une épingle dans l'appendice. En 1813 Wegeler rapporte un cas d'appendicite avec calcul. En 1824, Louyer-Villermay cite deux observations nettes d'appendicite suivie de mort. Puis en 1827, Mélier publie dans le *Journal de médecine* un important mémoire sur ce sujet. Il y fait prévoir le rôle de l'intervention chirurgicale. « S'il était possible, dit-il, d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération. On arrivera peut-être à ce résultat ». En 1858, Lewis

en Amérique, Leudet en France (Recherches sur l'ulcération et la perforation de l'appendice) citent d'importantes observations. A partir de 1886 les chirurgiens du Nouveau-Monde : Réginald Fitz, Mac Burney, Weir etc., vulgarisèrent l'appendicite. A partir de cette époque, les travaux se multiplièrent un peu partout. Comme on le voit, la France tient une place des plus honorables dans l'histoire de l'appendicite.

L'appendicite augmente-t-elle de fréquence ? Il faut tenir compte de ce fait qu'autrefois la plupart des appendicites passaient inaperçues. Lorsque l'appendicite était perforante et tuait par péritonite suraiguë, on étiquetait : péritonite *à frigore* ; les abcès iliaques droits étaient bien opérés, mais leur vraie cause était inconnue. L'appendicite plastique était baptisée typhlite. Les erreurs de diagnostic mises à part, il est bien certain que nous voyons plus d'appendicites aujourd'hui qu'autrefois et cela surtout depuis 1890, c'est-à-dire depuis la grande épidéme d'influenza. Il y a là évidemment une relation de cause à effet.

Le traumatisme joue-t-il un rôle dans la production de l'appendicite ? On comprend toute l'importance qu'a cette question en médecine légale, ou pour les accidents du travail. Souvent les malades font remonter leur maladie à un coup porté sur le ventre. Le traumatisme ne peut que favoriser la perforation d'un appendice déjà malade. Ces altérations appendiculaires peuvent être silencieuses et être réveillées par le traumatisme, qui ne joue qu'un rôle accessoire.

Quelle est la pathogénie de l'appendicite ? Là comme ailleurs, le terrain domine l'étiologie : l'arthritisme est un des meilleurs champs où fructifie l'appendicite. Très riche en tissu lymphoïde, l'appendice n'est pas sans présenter des analogies avec l'amygdale, de là son nom d'amygdale cœcale. C'est ce qui explique la prédisposition héréditaire à l'appendicite. Il est de fait que l'appendicite familiale est une réalité que l'on rencontre quelquefois, surtout dans les familles d'adénoïdiens.

Gaucher a voulu faire de l'appendicite une affection para-syphilitique. Pratiquant dans un milieu spécial, il n'est pas étonnant que le professeur Gaucher ait observé des appendicites chez des syphilitiques ; il est fort probable que la syphilis, de même que la tuberculose, peut infecter l'appendice ; mais ce sont là des causes accessoires.

Metchnikoff a fait jouer le principal rôle aux parasites intestinaux. Le fait est possible ; mais il doit être rare.

Talamon a attribué les méfaits de l'appendicite aux corps étrangers obturant la lumière de l'appendice et le transformant en vase clos. Dieulafoy a développé cette théorie de la cavité close. Elle repose sur cette expérience de laboratoire qui consiste à lier un segment d'intestin et à démontrer que la flore microbienne de ce segment acquiert de ce fait une extrême virulence. On a fréquemment trouvé dans l'appendice des corps étrangers : noyaux de cerises, arêtes, petits os, épingles et surtout des calculs stercoraux. Ces calculs sont de grosseur variable ; j'en ai trouvé de la grosseur d'une noisette. Ils sont formés de couches concentriques très dures, renfermant quelquefois au centre un petit corps étranger : pépin de raisin ou autre.

A l'ouverture d'un abcès appendiculaire il n'est pas rare de trouver un de ces calculs libre sorti d'un appendice ulcéré ou gangréné. Ces coprolithes appendiculaires se forment en général lentement dans l'appendice et s'accroissent par couches concentriques ; ils sont l'effet et non la cause de l'appendicite, car ils prennent naissance dans les appendices préalablement enflammés. Que l'appendice soit transformé en cavité close par un calcul qui joue le rôle de bouchon obturateur ; par la simple coalescence de ses parois enflammées, par un rétrécissement scléreux, la théorie du vase clos est évidemment très spécieuse, mais elle ne donne pas la raison de l'inflammation primordiale et nécessaire.

La fréquence de l'appendicite dans le cours ou à la suite des maladies infectieuses : fièvres éruptives, fièvre typhoïde et surtout grippe, amène à penser qu'elle est causée par une infection intestinale due soit au streptocoque, au staphylocoque, soit au bacille d'Eberth, soit au banal colibacille ; que tout ce qui favorise cette folliculite infectieuse: entérites, entéro-colites, constipation, alimentation carnée, obstacles mécaniques : coudure et enroulement de l'appendice, trop grande longueur, rétrécissement fibreux, joue le rôle de cause prédisposante.

En 1898, le professeur Pinard a fait une communication à l'Académie de médecine sur les rapports de l'appendicite et de la puerpéralité. Il est certain que la grossesse a une action certaine dans la genèse de cette affection.

On a multiplié indûment les formes de l'appendicite. D'une façon générale, comme dans la plupart des affections, il existe une forme aiguë et une forme chronique. On peut se demander si les formes aiguës ne sont que des poussées inflammatoires survenant dans le cours d'une lésion chronique primitivement ; mais cliniquement la distinction en formes aiguës et chroniques doit être maintenue.

Suivant que le péritoine résiste ou non à l'infection aiguë on aura : 1° l'appendicite aiguë franche qui se résoudra ou se terminera par la suppuration enkystée ; 2° l'appendicite septique aiguë dans laquelle la péritonite se généralise. Lorsque l'appendicite prend l'allure chronique, elle affecte la forme à rechutes ou la forme latente.

On peut établir la classification suivante :

Formes aiguës.

Appendicites aiguës. {
- Appendicite aiguë franche ;
- Appendicite aiguë avec localisation iliaque.

Formes péritonitiques.
- Péritonite septique diffuse ;
- Péritonite purulente généralisée ;
- Péritonite purulente cloisonnée.

Formes chroniques.

Appendicites chroniques. {
- Appendicite chronique à rechutes ;
- Appendicite chronique latente.

La symptomatologie de l'appendicite en général et de ses différentes formes en particulier doit être bien connue, car de son étude attentive dépendent les indications opératoires.

Le début est dramatique dans l'appendicite

aiguë franche : douleur intense nettement localisée au point de Mac Burney, pouvant se diffuser dans tout l'abdomen ; fièvre avec température entre 39° et 40° ; légère défense musculaire à droite. Le pouls est rapide, mais il est plein et fort ; le facies n'est pas altéré ; l'état saburral est constant. Ces crises appendiculaires, caractérisées par la triade symptomatique de Dieulafoy : douleur localisée, défense musculaire, hyperesthésie cutanée, se résolvent en quelques jours.

Dans la seconde forme avec les symptômes généraux très accusés de l'appendicite aiguë : état gastrique, anorexie, vomissements bilieux, constipation, on trouve une tuméfaction plus ou moins volumineuse de la fosse iliaque droite. Primitivement on ne sent que ce que l'on a appelé le boudin cœcal ; puis petit à petit il se forme un plastron qui a des dimensions plus ou moins grandes. Ce plastron est douloureux à la pression, mat à la percussion. La fluctuation ne se trouve que lorsque le pus est sous la peau ; on peut avant elle percevoir de la rénitence. La tuméfaction iliaque indique en général un abcès péricœcal. Des adhérences et l'épiploïte péri-appendiculaire peuvent cependant donner lieu à la même symptomatologie. Cliniquement il est bien difficile de faire le diagnostic.

Il y a presque toujours du pus lorsqu'il y a localisation iliaque. Ce pus des abcès péri-appendiculaires primitivement très septique se stérilise ensuite et peut se résorber s'il n'est pas en grande quantité. Le fait a été établi par Renvers. Le pus peut suivre différentes voies commandées par la situation de l'appendice ; il peut d'abord être pré-cæcal. Si l'appendice est descendant il se forme un abcès iliaque arrivant jusqu'au niveau de l'arcade de Fallope. Si l'appendice plonge dans le petit bassin, l'abcès sera pelvien, pré-vésical ou pré-rectal. Si l'appendice est situé derrière le cæcum l'abcès sera rétro-cæcal ; il pourra aussi bomber en arrière et devenir lombaire ou sous-hépatique. Si l'appendice est dirigé en avant, l'abcès sera sous-ombilical. Enfin on peut observer un abcès appendiculaire dans la fosse iliaque gauche avec un appendice situé à droite, localisation dont on ne connaît pas la cause. C'est encore dans cette forme localisée de l'appendicite qui correspond à l'ancienne typhlite que, si on laisse évoluer les choses, se forment les vastes abcès iliaques, proéminant sous la peau et amenant une voussure de la région, ou bien plongeant dans le petit bassin et s'ouvrant vite dans le rectum ou les autres viscères.

La forme localisée de l'appendicite peut être confondue avec une salpingite droite ; les deux coexistent quelquefois. L'adéno-phlegmon iliaque droit, bien que plus bas situé, peut aussi induire en erreur.

Les formes septiques de l'appendicite sont les plus graves, elles se généralisent très vite et amènent la mort très rapidement. Dans un premier cas, qui peut servir de transition entre les formes localisées et généralisées, soit au troisième jour d'une appendicite aiguë, soit plus tard au huitième jour, avec les symptômes généraux : fièvre, anxiété, facies altéré, pouls fréquent, on trouve, avec la douleur au point de Mac Burney, de la défense musculaire, sans qu'il existe dans la fosse iliaque de masse nettement perceptible. La défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite signifie que le péritoine pariétal de cette région est enflammé. Potherat a signalé deux symptômes qui corroboreront le diagnostic : 1° la vascularisation anormale de la paroi abdominale dans la région inguino-iliaque droite ; 2° l'œdème de cette paroi. La symptomatologie qui précède signifie que la péritonite est en train de se généraliser. Il faut savoir dépister cette péritonite au début, car opérée à temps elle peut donner des succès.

La péritonite septique diffuse est de la plus haute gravité : facies altéré, température entre 38° et 39, quelquefois athermie ou hypothermie ; pouls petit, défaillant, fréquent entre 120, 140, 160, puis devenant ondulant et imperceptible ; vomissements porracés, arrêt des matières et des gaz ; ventre rétracté avec forte défense musculaire et douleur généralisée et diffuse, ou bien météorisé, tels sont les principaux symptômes. Voici un exemple de cette forme : B.., 18 ans, jeune homme fort et vigoureux ; n'a jamais présenté aucun trouble dans sa santé, ni de douleur abdominale. Je suis appelé auprès de lui le 16 avril. Il se plaint d'une douleur abdominale, qui aurait débuté brusquement hier au soir. Etat saburral très marqué. T. 38°5. Pouls petit, fréquent, fuyant. Facies grippé. Point de Mac Burney avec douleur diffuse. Ventre plat rétracté avec forte défense musculaire. Le 17, l'état reste le même, la température tombe à 37° ; les caractères du pouls sont plus mauvais. On ne sent pas d'empâtement dans la fosse iliaque. Meurt le 18 avril à trois heures de l'après-midi, un peu moins de trois jours après le début de l'affection.

L'intervention que j'avais proposée dès le premier jour avait été refusée. Elle n'eût probablement pas sauvé le malade.

Quand on opère ces péritonites septiques diffuses, on peut trouver, soit du liquide louche sale, soit des lésions à peine appréciables. Dans ce dernier cas, on a affaire à une intoxication généralisée suraiguë au-dessus de toutes les ressources.

Lorsque la péritonite survient, tout en laissant au péritoine le temps de réagir, on a une péritonite purulente. Cette forme suppurée de la péritonite peut être généralisée ou à foyers péritonéaux multiples, cloisonnés par des fausses membranes. Ces formes suppurées sont beaucoup moins graves que les précédentes et, opérées, donnent une certaine quantité de succès. Mauclaire donne le 10 % de guérisons dans ces formes péritonéales suppurées. En voici trois cas que j'ai opérés et qui guérirent tous :

I. Jeune fille de 19 ans, 1re atteinte d'appendicite au sixième jour : péritonite en voie de généralisation. Je trouve après l'incision un gros abcès rétro-cœcal. Résection d'un appendice englobé dans des fausses membranes, plein de débris sphacélés. Plaques blanches de péritonite sur le cæcum. La cavité péritonéale est infectée et pleine de liquide louche sale. Lavage abondant à l'eau salée. Drainage plongeant dans le petit bassin, en arrière du cæcum, et en avant au milieu des anses intestinales. Après avoir passé quelques jours dans une situation critique, cette jeune fille guérit en un mois et demi.

II. Fillette de 5 ans. Appendicite au cinquième jour. Péritonite généralisée. Etat grave. Pouls petit, fuyant, incomptable, vomissements porracés. Appendice très long, adhérent au fond du petit bassin sphacélé et perforé à son extrémité. Calcul stercoral. Appendicectomie. Liquide

péritonéal louche et sale en assez grande quantité. Pas d'abcès péri-appendiculaire. Vers le 15e jour abcès pelvien, qui s'évacue par le rectum. Guérison en deux mois.

III. Jeune garçon de 15 ans. Appendicite aiguë au 6e jour, 2e atteinte. Péritonite généralisée. Je trouve le péritoine plein de pus, un appendice très long perforé à son extrémité. 2e incision iliaque gauche. Abondant lavage péritonéal à l'eau salée qui entraîne un calcul stercoral libre. Drainage. Guérison en trois mois.

Les formes chroniques de l'appendicite prennent deux allures différentes : la forme à rechutes, dans laquelle on assiste à des crises répétées d'appendicite, séparées par des intervalles de santé. Le danger dans cette forme, c'est qu'on ne peut pronostiquer à coup sûr quelle sera la terminaison de la crise appendiculaire.

Dans une seconde forme, latente pour ainsi dire, on ne trouve que des symptômes atténués coïncidant avec une dyspepsie spéciale résistant à tous les traitements et ne cédant qu'à l'ablation de l'appendice.

Au cours de l'appendicite, on a observé diverses complications dont quelques-unes très graves : abcès du foie, embolies pulmonaires, pleurésie, parotidites, phlébites, hémorrhagies intestinales.

Telles sont les formes diverses que peut revêtir l'inflammation de l'appendice : Cliniquement, elles ne sont pas aussi tranchées ; mais, d'une façon générale, la division que je viens d'indiquer est vraie dans ses grandes lignes. Quelles sont les indications opératoires à suivre ?

C'est au sujet de l'appendicite aiguë sans localisation iliaque et sans péritonite généralisée que les discussions les plus passionnées se sont produites. Faut-il l'opérer à chaud dans un intervalle qui va de la première à la 48e heure, ou bien la traiter médicalement, voir venir et se tenir prêt à intervenir si la situation s'aggrave ; et si au contraire tout s'apaise la laisser refroidir et l'opérer à froid ? *Adhuc sub judice lis est.*

Les intransigeants veulent que comme pour la hernie étranglée on opère sitôt le diagnostic fait. Ils prétendent qu'en présence d'une appendicite on ne peut reconnaître exactement quelles sont les lésions, leur étendue et leur gravité ; que souvent la maladie est trompeuse, qu'il y a des accalmies traîtresses et que certaines appendicites à symptômes atténués tuent brusquement sans crier gare ; qu'en tous cas en attendant on laisse s'aggraver les désordres, que l'intervention à chaud est bénigne, qu'en supprimant l'appendice on détruit de suite le laboratoire de produits infectieux ; que le diagnostic d'appendicite est toujours faisable au début.

Les opportunistes, parmi lesquels je me range après beaucoup d'autres, répondent : que comme les intransigeants ils considèrent l'appendicite comme une lésion chirurgicale, qu'ils ne diffèrent que sur le moment opportun d'intervenir ; qu'à cette formule : il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, ils opposent le grand nombre d'appendicites jugulées et refroidies par ce traitement médical bien surveillé ; que, plus souvent qu'on ne pense, malgré l'allure bruyante du début, l'appendicite tourne court et guérit ; qu'une première atteinte d'appendicite peut être suivie d'une guérison complète et définitive, j'en ai moi-même dans ma clientèle observé trois cas qui sont guéris depuis 15 ans ; qu'en pratique il est très rare que l'on soit appelé au début de l'appendicite ; qu'on ne peut en général faire un diagnostic ferme qu'après les premières heures ; que passé la première journée l'opération est plus dangereuse que l'expectation, car elle peut parfaitement donner un coup de fouet à une péritonite naissante, et empêcher l'enkystement vers lequel tend naturellement toute appendicite ; qu'il n'y a pas d'assimilation complète à faire entre la hernie étranglée et l'appendicite, puisque dans la première, non opérée, la mort est la règle et la guérison est rarissime ; dans la seconde, non opérée, la guérison est des plus fréquentes et la terminaison fatale plutôt rare. Et, pour répondre à ce fait que l'intervention à chaud est bénigne on n'a qu'à consulter les statistiques. Dans une première période Broca opère à chaud 87 appendicites avec 22 décès. Dans une seconde période, devenu temporisateur, il en opère 84 avec 10 décès.

Donc, en présence d'une appendicite aiguë, le premier devoir du médecin est non pas, comme on l'a dit, de faire appeler un chirurgien ; mais d'instituer le traitement médical, d'observer et d'attendre. Le traitement médical, qui consiste à appliquer une vessie de glace sur la fosse iliaque droite, de façon à favoriser les adhérences protectrices, à immobiliser l'intestin par la diète hydrique et les opiacés, à combattre l'intoxication générale par les injections de sérum physiologique donne d'excellents résultats : environ le 80 % de succès, en comptant comme succès le passage à la forme enkystée.

Dans les formes aiguës sans localisation, si au bout de trois ou quatre jours les symptômes généraux s'amendent simultanément, que la fièvre tombe, que la douleur disparaisse, que le pouls reste régulier, il y a tout intérêt à prolonger le traitement médical et à attendre.

Dans la forme aiguë avec localisation iliaque, tout le monde est d'accord. Il faut opérer. En étudiant les 20 cas que j'ai opérés et suivis d'abcès enkystés de péritonite péri-appendiculaire, je crois que le moment le plus opportun pour ouvrir la fosse iliaque est entre le septième et le neuvième jour. A cette époque, la grande cavité péritonéale est suffisamment protégée par des adhérences et il y a toujours du pus soit en avant du cæcum, le plus souvent en arrière. Opérée à temps, cette variété d'appendicite met environ cinq ou six semaines pour guérir.

Les formes septiques péritonitiques doivent être opérées le plus tôt possible. Dans la forme septique généralisée non suppurée le succès est bien rare. Broca mentionne 4 guérisons sur 32 ; Tuffier 3 sur 10 ; Routier 2 sur 13 ; Michaux 6 sur 8 ; Gérard-Marchant 2 sur 3 ; Peyrot 3 sur 23 ; Legueu 2 sur 5. Le succès est donc exceptionnel et on ne peut condamner l'abstention.

Dans la forme péritonitique suppurée généralisée, l'opération donne plus de succès, environ le 10 % ; enfin lorsque des fausses membranes ont cloisonné le péritoine en plusieurs loges les chances de survie après l'opération sont encore plus considérables.

Dans les formes chroniques, la résection de l'appendice est indiquée. La seule divergence qui existe entre les chirurgiens est de savoir si dans la forme à rechutes il faut opérer après la première atteinte ou attendre la seconde et la troisième. Bien qu'il y ait des cas de guérison défi-

nitive après une première atteinte d'appendicite, je crois qu'il est toujours plus prudent de réséquer l'appendice après une première atteinte. Dans ces cas on pratique l'opération à froid environ six semaines après la dernière atteinte. Dans les formes chroniques latentes, il faut opérer à froid environ un mois après la dernière colique appendiculaire. On est étonné, dans ces cas, de voir la transformation qui s'opère dans l'état général des sujets, sur lesquels on avait essayé en vain les médications les plus variées pour combattre des troubles digestifs que seule la résection de l'appendice guérit.

Comment doit-on opérer une appendicite? D'une façon différente suivant qu'on intervient à chaud ou à froid.

A chaud, la meilleure incision est celle de Roux, de Lausanne. Elle permet d'arriver directement sur le cæcum et le foyer péri-appendiculaire. L'incision de dix centimètres de longueur, légèrement courbe, moitié au-dessus et moitié au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à un travers de doigt en dedans, divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse, le fascia transversalis et le péritoine.

Dans les gros abcès iliaques, l'incision faite, l'opération est terminée ; on tombe dans un vaste foyer rempli de pus à odeur fécale, de débris sphacélés et quelquefois de matières fécales. Il est fréquent de rencontrer une ou deux boulettes dures, calculs stercoraires inclus primitivement dans l'appendice et mis en liberté une fois ce dernier perforé. Cet abcès, bien lavé, irrigué à l'eau oxygénée dédoublée, est drainé avec de gros drains. Ce sont ces abcès qu'on ouvrait autrefois sans en connaître la cause et qu'on guérissait d'ailleurs aussi bien qu'aujourd'hui. Il peut arriver qu'on trouve un premier abcès sous-cutané communiquant par un trou avec l'abcès iliaque. Ne pas rechercher l'appendice, de façon à ne pas rompre les adhérences protectrices est une règle presque absolue. L'appendice ne doit être enlevé que s'il se présente de lui-même.

Dans un second cas, après avoir fait l'incision, on ne trouve pas de pus sous la paroi abdominale, mais on tombe sur le cæcum adhérent. Il faut procéder avec une grande prudence pour sectionner le péritoine en général infiltré et lardacé au-dessous duquel on trouve le cæcum. Un coup de sonde canulée au centre de la masse empâtée fait en général jaillir le pus. Respecter les adhérences est le commencement de la sagesse, comme le dit Broca.

Enfin on ne trouve ni pus ni adhérences et on tombe dans la grande cavité péritonéale. On a proposé, en pareille occurrence, d'opérer en deux temps ; mieux vaut le faire en un seul. Protéger la grande cavité péritonéale par une large compresse de gaze iodoformée placée sous la paroi, entre elle et le cæcum, ou bien suturer le péritoine pariétal par un surjet au cæcum. Ceci fait aller à la recherche du foyer appendiculaire que l'on trouve en général en arrière du cæcum. Il faut chercher en arrière et en dehors du cæcum ; très vite le doigt déchire les adhérences, sent la masse empâtée et tombe dans le foyer suppuré, que son odeur caractéristique décèle d'ailleurs en même temps qu'un flot de pus s'écoule. Ce foyer nettoyé à l'aide de tampons de gaze montés est drainé. La recherche de l'appendice est illusoire généralement, souvent dangereuse. Mieux vaut s'abstenir et ne pas s'exposer à provoquer une péritonite généralisée, qu'en pareil cas on déclare toujours préexistante à l'intervention ; mais qui est en général provoquée par des manœuvres imprudentes. Il est bien préférable de faire plus tard une appendicectomie à froid si les indications se présentent ; et elles n'existent que dans cinq pour cent des cas.

Faut-il rétrécir l'incision cutanée par quelques points de suture ? Les avis sont partagés. Ce n'est pas très utile et l'éventration que l'on craint se produira aussi bien avec une plaie à moitié suturée qu'avec une plaie laissée largement ouverte. Au début, je rétrécissais l'incision cutanée autant que possible ; je me contente maintenant d'un ou deux points. La compresse isolante peut être laissée en place une huitaine de jours, il sera facile de l'enlever en l'imbibant d'eau oxygénée comme on le fait pour les tampons à la Mickulicz.

Ainsi traité, l'abcès enkysté guérit, dans la grande généralité des cas, en un mois ou un mois et demi. On peut observer dans la suite des fistules persistantes et des coliques, de l'éventration qu'il sera facile de combattre par de nouvelles interventions.

Dans les formes septiques, l'appendice, libre d'adhérences, se trouve plus facilement. Il faut, évidemment, opérer ces formes péritonitiques, faire une incision médiane, et des incisions latérales, laver abondamment la cavité péritonéale à l'eau bouillie salée, faire des drainages multiples ; mais le succès vient bien rarement récompenser les efforts du chirurgien.

Malgré tout, de temps en temps, on a la satisfaction de sauver un de ces cas désespérés, ce qui encourage à recommencer.

A froid, l'incision qui est préférable est celle de Jalaguier. Cette incision proposée par Max Schuller en 1889 a été perfectionnée par Jalaguier (*Presse médicale*, 1897).

Voici, en résumé, la description que ce chirurgien en donne. Incision de 8 à 10 centimètres parallèle au bord externe du muscle droit, incision dont le tiers supérieur est au-dessus de la ligne ilio-ombilicale. Section de l'aponévrose du grand oblique. Incision de la gaîne du muscle à un centimètre en dedans du bord externe. Le bord externe du muscle droit libéré est récliné en dedans. Incision prudente du feuillet postérieur de la gaîne du droit à un centimètre et demi en dedans de l'angle formé par la réunion des deux feuillets de la gaîne. Incision du péritoine sur la même ligne. Une fois l'appendicectomie faite, reconstituer la paroi par une suture à étages : 1° plan sur le péritoine et le fascia tranversalis. Le muscle droit récliné est lâché, il vient reprendre sa place et former en avant de l'incision péritonéale une solide sangle musculaire ; 2° surjet sur la paroi antérieure de la gaine ; 3° surjet en dehors sur l'aponévrose du grand oblique. Suture cutanée.

Le péritoine une fois ouvert, il faut aller au dehors à la recherche du cæcum, l'attirer dans la plaie et rechercher l'appendice. Ce dernier trouvé, bien le dégager jusqu'à son implantation cæcale ; lier son méso qui contient une petite artériole ; lier l'appendice à la base, le sectionner au thermocautère, donner un coup de pointe de thermocautère dans la lumière de l'appendice. Enfouir le moignon appendiculaire par une suture en bourse dans les parois cæcales.

C'est là le type de l'opération simple, bénigne et facile à exécuter. Quelquefois on tombe sur des adhérences, véritable gangue inflammatoire au milieu de laquelle se trouve l'appendice déformé. La recherche de l'appendice devient alors très laborieuse, on peut même ne pas le trouver. On peut également tomber dans un foyer suppuré. Ces opérations sont fatalement longues et nécessitent un drainage à la gaze iodoformée. C'est pour éviter autant que possible ces cas ennuyeux et qui exposent le malade à une péritonite post-opératoire, qu'il vaut mieux, pour opérer à froid, attendre que l'on ne sente plus aucune induration dans la fosse iliaque.

L'opération à froid donne d'excellents résultats et est d'une grande bénignité. Sur 12 cas que j'ai opérés. je n'ai pas eu un seul insuccès, bien que, dans trois de ces cas, j'aie trouvé l'appendice enfoui en arrière du cæcum dans des adhérences fibreuses et que sa recherche ait été laborieuse.

LA TUBERCULOSE APPENDICULAIRE.

C'est en 1837 Corbin, d'Orléans, qui publia le premier cas de tuberculose appendiculaire. Moins fréquente que la tuberculose iléo-cœcale, celle du vermium, que Dieulafoy proclame rare, se rencontre de temps en temps. Bouilly et Routier ont publié deux observations où la tuberculose parut débuter par l'appendice. D'autres ont été citées (Barette, Bouglé, Cathelin).

Voici ce qu'en dit Demoulin dans son rapport au Congrès de la tuberculose de 1905 : « Si l'on réfléchit d'une part à la très grande fréquence de la tuberculose de l'appendice chez les tuberculeux pulmonaires atteints de tuberculose intestinale vulgaire ; et de l'autre au petit nombre de tuberculeux qu'on opère pour une appendicite aiguë ; on reste convaincu que la tuberculose de l'appendice doit rester dans bien des cas silencieuse ».

Le bacillaire peut faire une appendicite banale comme tout le monde ; mais il peut aussi faire de l'appendicite bacillaire, soit par infection intestinale (déglutition de crachats); soit par infection sanguine, ainsi que le démontrent les expériences de Charrin et Goujet.

D'après Cornil, une forme spéciale d'appendicite tuberculeuse serait celle qui est d'origine péritonéale. Le péritoine qui entoure l'appendice peut être atteint de péritonite tuberculeuse, de là deux formes d'appendicite tuberculeuse : muqueuse et péritonéale.

Cliniquement, l'appendicite tuberculeuse peut affecter une forme aiguë ou chronique. La crise aiguë ne se différencie pas des mêmes formes non tuberculeuses ; elle est justiciable des mêmes règles thérapeutiques. La forme chronique est aussi difficile à différencier. Il faudra en faire le diagnostic différentiel avec l'entéro-colite, le rein mobile, l'annexite droite, la tuberculose iléo-cæcale, la tuberculose de l'épiploon ou du péritoine; l'engorgement ganglionnaire péri-cæcal. En fait, le diagnostic ferme d'appendicite tuberculeuse est rarement posé.

Par ce fait même que l'appendicite est tuberculeuse on doit l'opérer. En effet, comme le dit Roux dans son rapport au Congrès de 1905 : « la tuberculose de l'appendice comporte un pronostic bénin, soit par la suppression totale du foyer, soit par l'heureuse influence de l'intervention en elle-même sur les quelques tubercules péritonéaux voisins qu'on pourrait devoir abandonner à leur sort ». Il faut suivre en pareil cas les règles que l'on observe dans les tuberculoses locales.

En voici deux cas instructifs :

I.— X., 30 ans. Tuberculose pulmonaire double à la période de ramollissement. Appendicite suppurée avec gros abcès iliaque au dix-septième jour. Je l'opère le 3 juillet 1905 : je trouve un abcès en avant du cæcum et un autre rétro-cæcal ; je ne recherche pas l'appendice ; le cæcum me parut sain au toucher. La guérison se fit sans encombre en deux mois ; j'ai revu cet opéré un an après ; sa tuberculose pulmonaire s'était améliorée ; il avait engraissé et du côté de la fosse iliaque il ne restait aucun symptôme douloureux, aucune induration, la cicatrice était parfaite. Bien que l'examen de l'appendice n'ait pas été fait, je crois que, dans ce cas j'ai eu affaire à une appendicite banale chez un tuberculeux.

II — Jeune fille de 19 ans ne présentant aucun signe anormal du côté du poumon. Appendicite chronique datant d'un mois, ouverte dans le rectum. Pus dans les selles depuis 15 jours ; fièvre vespérale. Je l'opère le 22 septembre 1904, je trouve des adhérences intimes entre l'intestin et le péritoine. Vaste cavité rétro-cæcale vide de pus au moment de l'intervention. Je ne trouve pas l'appendice. Il se fait par la suite une fistule stercorale à la partie inférieure de la cicatrice. Deux nouvelles interventions sont nécessaires pour fermer cette fistule ; un an se passe avant que la guérison survienne. Entre temps des signes d'induration se manifestent au sommet pulmonaire droit. Dans les premiers mois de 1906 se forme une volumineuse collection salpingienne droite. Au mois de mai 1906 je trouve : 1° des signes d'induration au sommet pulmonaire droit; 2° une éventration au niveau de la cicatrice opératoire ; 3° une volumineuse collection à droite de l'utérus siégeant dans les annexes.

Je crois avoir eu affaire dans ce cas à une appendicite tuberculeuse primitive en ne considérant que la marche des lésions.

APPENDICITE HERNIAIRE

On peut trouver dans des hernies le vermium, soit lorsque le cæcum est hernié, soit isolément.

Depuis fort longtemps on a signalé la présence de l'appendice cæcal dans les hernies (Hevin, 1782, Morse 1802, Cabaret 1842). Dès le début sont notés les accidents inflammatoires de l'appendicocèle. Une des premières appendicectomies d'appendicocèle hernié fut faite par Tiedmann en 1836. Les travaux se sont multipliés dans ces dernières années sur ce sujet.

Généralement plus fréquente chez la femme et à l'âge adulte, l'appendicocèle peut se rencontrer à tout âge. Par ordre de fréquence on rencontre l'appendice dans la hernie inguinale, dans la crurale, dans l'ombilicale et enfin Nicaise en a relaté un cas dans une hernie obturatrice. Bien que naturellement les hernies droites soient les plus fréquentes, on a relaté quelques cas d'appendicocèle gauche.

Le diagnostic est rarement fait avant l'intervention. La matité de la tumeur à la percussion est un bon signe ; mais il est commun à l'épiplocèle, au lipome pré-herniaire, à la hernie de la trompe et des ovaires.

L'appendice hernié est, en général, altéré, presque toujours atteint d'appendicite. Les princi-

paux symptômes de l'appendicite herniaire sont : 1° une douleur plus vive que dans l'entérocèle ; 2° des vomissements tardifs ; 3° la persistance des selles. Non opérée, elle amène la mort par septicémie ou par péritonite ; elle peut encore produire un phlegmon herniaire avec fistulisation consécutive. L'appendicocèle peut s'étrangler ; cependant certains auteurs pensent que tout appendice étranglé est atteint préalablement d'appendicite.

Bien qu'on ait préconisé, lorsqu'on ne trouve pas de lésions bien nettes de l'appendice, la réduction après débridement, et que cette façon de faire pratiquée sur des appendices sains en apparence ait donné quelques succès, il est plus sûr de toujours faire la résection de l'appendice. Nivet, dans sa thèse, publie 20 cas de réduction d'appendicocèle suivis de guérison.

L'étranglement herniaire de l'appendice est grave. Rochard, dans son Traité des hernies, donne sur 28 cas de résection de l'appendice 5 morts ; sur 14 cas de réduction pure et simple, 4 morts ; sur 8 cas de phlegmon pyo-stercoral traités par l'incision simple, 3 morts. Au total le 24 % de mortalité. On voit que la mortalité de l'étranglement herniaire de l'appendice est presque égale à celle de l'entérocèle étranglée.

Voici, pour terminer, une observation d'appendicite herniaire :

X., femme de 68 ans. A vu apparaître, il y a deux mois, une tuméfaction de l'aine droite. Je trouve une tumeur grosse comme une mandarine, piriforme, douloureuse à la pression, irréductible, à pédicule se prolongeant dans l'abdomen, présentant en somme les caractères d'une hernie épiploïque droite enflammée.

A l'opération, je rencontre : un sac très épais contenant du liquide citrin ; un appendice gros, turgescent, tapissé de fausses membranes de péritonite. Résection de l'appendice et cure radicale. La hernie était une crurale.

L'appendice était plein de pus, sa muqueuse était hypertrophiée et dégénérée. La guérison eut lieu sans encombre.

Dr J. Tissot,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu
de Chambéry.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Les documents ci-dessous, rapprochés de certains entrefilets récemment parus dans la *Liberté* et quelques autres journaux, semblent dénoncer une nouvelle croisade des masseurs et magnétiseurs pour la conquête d'un droit que personne ne leur a jamais sérieusement reconnu, pas plus Chevandier qu'un autre, car celui-ci, nous le savons, ne s'était fait tolérant sur ce point que par nécessité de tactique parlementaire, et la Chambre ne le suivit pas dans cette voie.

Mais si l'on pouvait être hésitant à cette époque, le danger de l'exercice des masseurs et magnétiseurs s'est montré si manifestement depuis, que la Cour de cassation s'en est émue, et nous sommes convaincus que le législateur n'oserait pas aller à l'encontre de sa décision.

Et quant à la Ligue des droits de l'homme, nous croyons qu'elle doit être peu tentée de baser une opinion et une campagne sur sa foi dans le *don* et autres problématiques ressources de la cure par influence personnelle du magnétiseur.

Sera t-elle plus sérieusement et favorablement impressionnée par les signatures que nous publions ? Il est permis d'en douter quand on connaît certaines de ces personnalités, telles Alphonse Allais, auxquelles on peut faire quelques reproches, entre autres celui d'être mort.

H. J.

La loi de 1892 et les masseurs et magnétiseurs

Paris, le 16 mai 1907,

Monsieur le docteur Jeanne
au *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque,
Paris.

Mon cher ami,

Je vous envoie en communication la lettre du docteur X.. que je viens de recevoir. Il ne faut pas nommer ce confrère, il a demandé qu'on ne cite pas son nom.

A sa lettre était joint le document que je vous adresse, et dont il y aurait sans doute lieu de faire connaître la teneur, sans omettre les noms des *principaux signataires de la pétition*. C'est instructif.

On paraît tirer argument de plusieurs faits qui ne prouvent rien.

Ainsi, par exemple, le rapporteur de la loi de 1892 avait conclu à la libre pratique du massage et du magnétisme, ce qui était son droit, mais le texte voté a été en contradiction avec les intentions du rapporteur. Ceci se voit fréquemment ; sans cela, il n'y aurait besoin ni de députés, ni de vote : un rapporteur ferait la loi.

L'honorable docteur Chevandier a pu avoir une opinion (plus ou moins arrêtée d'ailleurs), la Chambre en a une autre, et celle-ci vaut mieux que celle-là, car ce n'est pas dans le fait de prescrire ou de ne pas prescrire de médicaments que réside le délit d'exercice illégal ; c'est dans l'habitude de traiter les malades.

« Exerce illégalement, dit la loi, quiconque prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies » (art. 16).

Rien n'est plus vrai que le massage est un mode de traitement très utile, très efficace, très précieux, et que ses indications et sa technique se sont perfectionnés depuis quelques années. Raison de plus pour ne pas le laisser aux mains inexpérimentées. C'est une arme puissante, mais dangereuse aussi, et ce serait folie que de croire que le don peut tenir lieu de science.

On peut faire du mal en traitant à côté, on peut en faire aussi en empêchant les malades de recourir au traitement efficace.

Vouloir prétendre que les médecins agissent dans un but étroit et pour garder un monopole est une affirmation sans fondement, car les médecins ont de tout temps agi contre leurs intérêts. C'est le public qui a intérêt à avoir de bons médecins, et les médecins qui auraient avantage à ce qu'il y ait beaucoup de malades font tout pour arrêter les épidémies et pour combattre les maux.

Reste la fameuse loterie faite dans le but de créer un Institut des sciences psychiques. Il faudrait savoir si ces quatre millions vont être utilisés pour une école de massage et de magnétisme ; cela me paraît bien douteux et demande à être vérifié.

Pour l'Ecole de la rue Saint-Merri, il serait prudent de ne point en parler, car si l'Académie de Paris a accordé l'autorisation de l'ouvrir, il serait bien possible qu'elle ne se fasse pas prier pour la faire fermer. Son existence actuelle est loin d'être légale,et moins elle fera parler d'elle, mieux cela vaudra.

Cette lettre peut être publiée, si vous le croyez utile, et dans le cas où vos correspondants désireraient quelques explications complémentaires je me ferai un plaisir de les leur adresser.

Toujours bien cordialement à vous,

Dr Ch. Levassort.
2, place des Vosges,
Paris.

Ligue française pour la défense des Droits de l'Homme et du Citoyen.

SECTION DE VILLEURBANNE (Rhone).

A Monsieur le Président de la Ligue
à.........................

Monsieur le Président et cher Collègue,

La section Villeurbannaise de la Ligue Française pour la défense des Droits de l'Homme et du Citoyen, a l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur les Droits de l'Homme *en* matière de Pétitionnement, *persuadée qu'après avoir pris connaissance des motifs et considérants stipulés à la suite du vœu émis faisant l'objet du Rapport ci-après, votre section se fera un devoir d'appuyer de son autorité le bien fondé de cet acte de justice, auprès du Comité central de notre Ligue.*

Pour la section Villeurbannaise

Le Président.
A. Bouvier.

Rapports.

Le 28 avril 1906, M. A. Bouvier, président de la Section villeurbannaise de la *Ligue des Droits de l'Homme et du Citoyen*, a saisi la section d'une demande de vœu à émettre au sujet d'une pétition déposée devant les Chambres, et recouverte de plus de 243.000 signatures, pétition relative à la pratique libre du massage et du magnétisme curatif. Le Bureau de la Section, reconnaissant le bien fondé de cette demande, a émis un avis favorable à la présentation devant l'Assemblée de la Section, du vœu par lui exprimé et des motifs qui ont été présentés. Voici ces deux textes :

Vœu exprimé : Considérant que tous les citoyens *ont le droit* de déposer devant les Chambres, des requêtes, pétitions, propositions, etc...... dans le but d'attirer l'attention des législateurs ; attendu que ces pétitions sont conformes à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, et qu'elles sont toutes suivies d'un nombre de signatures qui leur donne un caractère d'intérêt public, émet le vœu : Que toutes les pétitions adressées aux Chambres par des citoyens soient discutées sans que l'initiative parlementaire en demande la discussion ; décide de transmettre au président de notre Ligue, M. Francis de Pressensé, le vœu que nous formulons, pour qu'il intervienne comme président de la Ligue et comme député auprès des pouvoirs, pour en demander la discussion, en prenant pour base la pétition présentée par les masseurs et les magnétiseurs et recouverte de plus de 243.000 signatures.

Exposé des motifs : Le citoyen Emmanuel Vauchez a déposé devant les Chambres une pétition recouverte de plus de 243.000 signatures, pétition présentée par les masseurs et les magnétiseurs, qui a pour objet la demande d'un amendement à la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Le texte de cette pétition est ainsi conçu : « *Les soussignés demandent, suivant l'exposé des motifs de la loi du 30 novembre 1892, l'inscription dans le texte d'un article autorisant les pratiques du massage et du magnétisme par toutes les personnes aptes à le faire, dans le but de soulager et de guérir leurs semblables.* »

Une semblable pétition a donc certainement un contrevenant dans la loi sur l'exercice de la médecine. Quel est-il ?

Les Médecins ont seuls le droit de prescrire à un malade les médicaments qu'ils jugent nécessaires. Tout individu non muni du diplôme de docteur, ne peut, sans encourir les rigueurs de la loi sur l'exercice de la médecine, prescrire des médicaments. Mais ce n'est pas le droit de donner des médicaments, que demandent les masseurs et les magnétiseurs. Il serait puéril de croire qu'un individu puisse avoir la connaissance des médicaments s'il n'a pas au préalable fait les études nécessaires à leurs applications.

Les masseurs et magnétiseurs ne prescrivent aucun médicament et cependant bon nombre d'entre eux sont poursuivis pour exercice illégal de la médecine. Voyons le motif qui peut les faire poursuivre.

L'honorable rapporteur de la loi du 30 novembre 1892, M. le docteur Chevandier (de la Drôme) a, dans son exposé des motifs, déclaré que les articles visant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient être appliqués aux masseurs et magnétiseurs que le jour où sous le couvert de leurs procédés, ils prescriraient des médicaments. La loi telle qu'elle a été adoptée, garantissait donc les citoyens qui professent le massage et le magnétisme et cependant ceux-ci sont poursuivis continuellement et condamnés, malgré les plus éclatants témoignages en leur faveur et malgré le respect qu'ils ont pour la loi.

L'intention du législateur paraissait très nette à ce sujet. Aujourd'hui un arrêté gouvernemental vient de permettre la construction à Paris, d'un *Institut des Sciences psychologiques* et d'autoriser à cet effet une loterie nationale au capital de quatre millions de francs. D'autre part, une école pratique de massage et de magnétisme a été reconnue par décision du 26 mars 1895. Pourquoi dans ces conditions poursuivre des citoyens qui, sans toucher au privilège de la prescription des médicaments, veulent par leur puissance personnelle faire du bien à leurs semblables, alors que la science magnétique, encore peu étudiée jusqu'à nos jours, semble par le fait de ces décisions gouvernementales recevoir un encouragement ?

Ces poursuites sont intentées par le corps médical constitué en syndicat qui veut s'attribuer un monopole et qui voit dans l'application du magnétisme une atteinte à ses privilèges.

Mais cependant la loi du 30 novembre 1892, n'a pas encore été amendée. Le privilège de la médecine, comme bien d'autres d'ailleurs, n'est pas inattaquable en principe, ni au point de vue de la pratique. Le grand Pasteur lui-même n'aurait pu en aucun cas donner ses soins à un malade sans être passible d'une amende de 100 à 500 francs,et en cas de récidive d'une amende de 500 à 1.000 francs accompagnée d'une gratification de 6 jours à 6 mois de prison ; prix auquel il est dur tout de même de soulager son semblable ! N'est-ce pas là de l'arbitraire au profit d'une seule catégorie de citoyens : les médecins ? Et pourquoi aussi les guérisseurs religieux, les capucins qui vendent des emplâtres, les congréganistes qui fabriquent

des onguents, semblent-ils seuls garantis des rigueurs de la loi ? Les guérisons même de Lourdes ne sont-elles pas un exercice illégal de la médecine ?

La pétition adressée par les masseurs et magnétiseurs n'a pu recevoir de la commission des pétitions la prise en considération *parce que la proposition n'émanait pas de l'initiative parlementaire d'un député pris individuellement.* (Réponse de la Commission, le 2 janvier 1904.)

Le citoyen Emmanuel Vauchez, qui a déposé cette pétition, fut un des plus intimes collaborateurs de Jean Macé, l'auteur de la pétition en faveur de l'instruction obligatoire, et dont le nom est associé à un grand nombre de réformes utiles dont il avait pris l'initiative. Nous pouvons nous demander, si la commission qui avait reçu cette pétition avait fait comme pour celle-ci, si la loi existerait. Parmi les signataires se trouvent cependant des sénateurs et des députés ; mais tout en reconnaissant le bien fondé de la pétition, aucun d'eux n'a pris l'initiative d'une proposition de loi probablement parce qu'ayant pour collègues un grand nombre de médecins, ils n'ont pas voulu aborder carrément la question.

Il est cependant du devoir de chaque citoyen de soulager et de guérir son semblable par tous les moyens qu'il a en son pouvoir.

Il est donc injuste que ceux qui peuvent guérir par la seule puissance de leurs facultés naturelles soient l'objet de tracasseries et de poursuites de la part des médecins.

Notre devoir, citoyens ligueurs, nous ne devons pas l'oublier, est de contribuer à faire régner la justice, à assurer le droit, et à empêcher l'oppression d'une classe de citoyens au profit d'une autre.

Notre honoré président de toutes les sections de la Ligue, M. Francis de Pressensé, qui est aussi un des signataires de cette pétition, n'hésitera pas, si vous lui en donnez le mandat, à la présenter et à la défendre devant la Chambre dont il est membre.

L'Assemblée a adopté à l'unanimité les conclusions du rapport et décidé qu'il serait transmis au Président de la Ligue, en s'appuyant sur les considérants suivants :

Considérant :

1° Que la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine est plutôt un privilège qui ne saurait constituer une infaillibilité ;

2° Que l'étude de la médecine doit seule justifier de l'application des médicaments ;

3° Qu'en raison des connaissances actuelles toute la thérapeutique ne réside pas dans l'application desdits médicaments, mais aussi dans des forces naturelles qui commencent à être étudiées par la science ;

4° Que certains individus détenteurs de ces forces possèdent des connaissances particulières qui constituent leur propriété ;

5° Que *la propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé si ce n'est lorsque nécessité publique, légalement constatée, l'exige évidemment, et sous la condition d'une juste et préalable indemnité* (*Droits de l'Homme et du Citoyen, art.* 17) ;

6° Que *la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui* (*Droits de l'Homme, art.* 4) ;

7° Que l'honorable rapporteur de la loi, M. le docteur Chevandier (de la Drôme), a déclaré dans l'exposé des motifs *que les masseurs et magnétiseurs ne seraient inquiétés que le jour où, sous le couvert de leurs procédés, ils prescriraient des médicaments* ;

8° Que les masseurs et les magnétiseurs ne prescrivent aucun médicament, qu'ils ne sont pas passibles des poursuites énoncées par la loi pour exercice illégal de la médecine ;

9° Que les témoignages apportés devant les tribunaux sont tout en leur faveur, à savoir :

Qu'ils ne prescrivent pas de médicaments *ni n'exigent le paiement de leurs soins*, tout en rendant de véritables services à leurs semblables ;

10° Que les guérisseurs religieux, les lieux à miracles, Lourdes et ailleurs, ne sont nullement inquiétés ;

11° Qu'il existe une école pratique de massage et de magnétisme reconnue par décision du 26 mars 1895 ;

12° Qu'un arrêté gouvernemental du 26 janvier 1906 vient d'autoriser l'émission d'une loterie nationale au capital de quatre millions de francs à l'effet de construire un Institut pour l'étude des sciences psychologiques et leur application ;

13° Que toute pétition adressée aux Chambres par des citoyens et revêtue de signatures doit être prise immédiatement en considération ;

14° Que les masseurs et magnétiseurs ont déposé devant les Chambres une pétition recouverte de plus de 243.000 signatures.

15° Que les signataires de cette pétition sont en grand nombre des savants, des littérateurs, des sénateurs, des députés, des docteurs, des hommes de loi, etc., etc., ce qui en augmente la valeur (1) ;

16° Que notre Président, M. Francis de Pressensé, est un des signataires de cette pétition.

Par ces motifs : La Section villeurbannaise, demande, par l'intermédiaire de M. Francis de Pressensé, député du Rhône, président de la *Ligue pour la Défense des Droits de l'Homme et du Citoyen*, que cette pétition soit mise à l'ordre du jour des Chambres et discutée.

Le Président, A. BOUVIER.

Le Secrétaire, Henri SOUCHON.

Prière de faire parvenir vote ou délibération à la Section de Villeurbanne (*Rhône*).

---

(1) Parmi plus de mille notabilités dont les noms figurent sur cette pétition nous citons, au hasard de la plume les noms suivants :

MM. Francis de PRESSENSÉ, député du Rhône, président de la Ligue des Droits de l'Homme, — Emmanuel VAUCHEZ, ancien secrétaire général de la Ligue de l'Enseignement, — Clovis HUGUES, député de Paris, — Dr Ernest ROCHE, député de Paris,— CORDIER, avocat, ancien député de Paris, — Dr DUSART, — Dr ENCAUSSE, président de la Société magnétique de France, — Camille FLAMMARION, astronome, — Jules GAILLARD, avocat, ancien député de Vaucluse, — Dr HAAS, ancien député de Metz au Reichstag, à Nancy, — LALOGE, député de Paris, — Georges MONTORGEUIL, homme de lettres, — Dr MOUTIN, président de la Société française d'études psychiques, — Albin VALABRÈGUE, auteur dramatique, — Alphonse ALLAIS, publiciste, — CHESSE, ancien gouverneur de la Guyane, — Dr COLLONGUE, à Vichy, — Dr CAILLAU, à Condom (Gers), — DELPECH, sénateur de l'Ariège, — Dr DESJARDIN DE RÉGLA, directeur de l'*Estafette*, Paris, — Alcide DUSOLIER, sénateur de la Dordogne, questeur du Sénat, — Dr JACQUET, de Lyon, — Dr JAVAL, membre de l'Académie de Médecine de Paris, — P. et V. MARGUERITE, publicistes, Paris, — G. DE MASSÜE, publiciste, Paris,— Dr MONTAGNAC, Condom (Gers), — Dr POPLETON, Luzarches (Seine-et-Oise), — Dr Paul PORTAZ, Pont-de-Beauvoisin (Isère), — V. SARDOU, de l'Académie française, — SULLY-PRUDHOMME, de l'Académie française, — Dr BARODET, ancien sénateur, Vincelles (Jura), — Jean BARÈS, directeur du journal *Le Réformiste*, — BONTEMPS, sénateur de la Haute-Saône, — BORIE, député de la Corrèze, — Antide BOYER, député des Bouches-du-Rhône, — A. CADIC, sénateur de la Gironde, — Jules CAZOT, sénateur inamovible, ancien ministre de la Justice, — CHAMERLAT, dé-

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Assemblée générale du 28 *mars* 1907.

La séance est ouverte à 4 heures au restaurant Garnier, 4, rue de l'Isly, sous la présidence du Dr de Grissac.

54 membres assistaient à la réunion.

Admissions.

Les confrères Germain, de Louveciennes (Levêque et Larger) ; Chapotin, de Cormeilles (de Grissac et Poursain) ; Pierre, de Montesson (Calbet et Lécuyer); Carbonel, de Meudon (Groussin et Lecocq), sont admis à l'unanimité au syndicat.

Candidatures.

Notre confrère Villemin, de Jouy-en-Josas (Giberton et Vauthier), sollicite son admission au syndicat.

Sur la demande d'un membre, l'Assemblée décide au sujet des candidatures : 1° que toute observation à leur sujet doit être présentée dans les trois mois qui suivent leur publication au compte-rendu.

2° Qu'elles ne seront valables qu'autant qu'elles seront présentées par écrit.

Le Président prend alors la parole et nous résume ainsi les faits intéressant la corporation.

Mes chers confrères,

Les cinq mois écoulés depuis notre dernière Assemblée générale ont été pour le corps médical tout entier fertiles en événements dont la gravité ne vous a pas échappé, et bien que notre syndicat n'ait pas eu une action directe dans ces événements, il n'y est pas cependant resté étranger, laissez-moi les énumérer.

A la suite d'un décret fameux, précédant la réforme de l'enseignement médical en France et cherchant à sélectionner les membres du corps enseignant futur, un tolle général a réuni dans un mouvement de défense tous les praticiens français. La fédération des Médecins du Nord et du Pas-de-Calais a pris l'initiative d'une entente entre toutes les Sociétés médicales pour faire disparaître *ce certificat d'études médicales supérieures*, qui ne tendait à rien moins qu'à créer une nouvelle catégorie de médecins, alors que depuis cinquante ans tous les efforts des Sociétés médicales avaient eu pour but, atteint en 1892, d'unifier le diplôme de docteur en médecine.

L'émotion produite au moment de la promulgation du décret a été si vive que l'idée d'un congrès de Médecine professionnelle, d'un *Congrès des Praticiens* est née et a été rapidement mise sur pied.

Ce congrès doit se réunir dans quelques jours et il est de la plus grande importance que tous les médecins ayant le souci de l'avenir de notre belle profession y prennent une part active.

Votre bureau en a délibéré et a pris une décision qui va être soumise à votre approbation. *Tous les syndiqués devront souscrire* individuellement à ce Congrès, ce serait, si vous acceptez cette manière de voir, une obligation syndicale.

Le syndicat lui-même adhérerait en tant que groupe, pour une somme que vous fixerez et qui ne peut être qu'importante en raison du nombre de nos membres.

Une autre question, pour ainsi dire vitale pour les syndicats, a été soulevée à l'Union des Syndicats médicaux et je dois vous entretenir des idées qui ont été émises à l'Assemblée générale de ce groupement, qui doit ou devrait représenter l'effort syndical commun des médecins de toutes les régions du pays.

Comme nous nous en sommes rendu compte dans notre syndicat, les intérêts qui se discutent ici, sont de deux ordres différents : 1° les intérêts généraux qui sont en définitive communs à tous les médecins, et les intérêts régionaux qui varient, même en Seine-et-Oise, même dans l'arrondissement de Versailles, entre les divers cantons, entre les diverses communes.

Nous l'avons si bien compris que nous avons créé les groupes qui discutent en commun les intérêts particuliers à chacun d'eux.

Ce qui est vrai chez nous ne saurait être autrement ailleurs, et, partant de ce principe, sous l'inspiration d'une nécessité évidente, plusieurs confrères ont pensé à créer, par diverses régions de la France, des unions de syndicats régionaux distinctes de l'Union, déjà existante, des syndicats médicaux de France. Agir ainsi c'était faire de la décentralisation, mais aussi de l'émiettement des efforts médicaux.

Et nos adversaires, je veux parler, des collectivités hostiles, tireraient parti du manque d'en-

---

puté du Puy-de-Dôme, — CHANDIOUX, député de la Nièvre, — Octave CHENAVAZ, député, conseiller général de l'Isère, — Lucien CORNET, député de l'Yonne, maire de la ville de Sens, — COUPRIE-LALANDE, avocat à la Cour d'appel de Bordeaux, — Louis CLARET, conseiller général, maire de la ville de Bourgoin (Isère), — Albert CHRISTOPHE, ancien député, gouverneur honoraire du Crédit Foncier de France, président du Conseil général de l'Orne, — Fernand DAVID, député de la Haute-Savoie, — DESMONS, sénateur du Gard, président du conseil de l'Ordre du Grand-Orient de France, Paris, — Auguste DIDE, ancien sénateur, — Joseph FABRE, sénateur — Ed. FOUGEIROL, sénateur de l'Ardèche, — Paul GUYESSE, député du Morbihan, ancien ministre des colonies, — Emile GAUTHIER, rédacteur scientifique au *Figaro, au Petit Journal*, et au *Journal*, — Ch. Henri, directeur du laboratoire de physiologie des sensations à la Sorbonne, — JOUFFRAY, sénateur de l'Isère, — le général de division PARMENTIER, ancien directeur du génie au ministère de la guerre, grand officier de la Légion d'honneur, — POCHON, sénateur de l'Ain. — PLISSONNIER, député de l'Isère, — Dr SAMUELIAN, Paris, — Dr Paul SAUZE, à la Seyne (Var), — Dr SIGNARD, ancien sénateur, président du Conseil général de la Haute-Saône, maire de la ville de Gray, — Emile TERNOIS, avocat, conseiller général de la Somme, — Dr TURIGNY, député de la Nièvre, — Octave UZANNE, publiciste, Paris, — J. TOUZARD, agriculteur, membre du conseil supérieur de l'agriculture, administrateur de la succursale de la Banque de France à Fougère (Ille-et-Vilaine), — le colonel A. de ROCHAS, ancien administrateur de l'Ecole polytechnique, Paris, etc.

NOTA. — Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. Henri Souchon, secrétaire de la section villeurbannaise de la Ligue des Droits de l'Homme et du Citoyen à Villeurbanne (Rhône).

tente qui ne manquerait pas de se produire et opposeraient au médecin du Midi les concessions obtenues des médecins du Nord, et prétendraient imposer aux médecins de l'Ouest les faveurs qu'elles auraient obtenues du médecin de l'Est.

Puis, il ne faut pas l'oublier, les unions de syndicats qui, en théorie, devraient avoir une autorité plus grande, de par la loi sur les syndicats, perdent l'élément même qui leur pourrait donner cette autorité, elles *n'ont pas la personnalité civile que seul possède le syndicat.* Est-ce à dire pour cela que les Unions de syndicats n'ont pas leur utilité, leur raison d'être. Que si, au contraire ! et ce que je viens de vous dire démontre bien la nécessité de ces organisations, *sortes de Chambres supérieures consultatives des syndicats.* C'est là que les groupes viennent se mettre d'accord, prendre *le mot d'ordre* de façon à coordonner les efforts pour le but à atteindre, le résultat à obtenir. C'est dans cet ordre d'idées que l'Union des syndicats étudie la question; déjà il a été voté à la presque unanimité, sur la proposition de MM. Jeanne et Granjux, que des fédérations régionales pouvaient se créer, mais qu'il était de toute nécessité qu'elles adhèrent à l'union centrale, comme point de ralliement et organisme nécessaire de concentration.

*
* *

Que vous dire maintenant. Nous sommes ici trop près de Paris, pour ne pas avoir vu la crise que traverse en ce moment le Syndicat des médecins de la Seine. Ce qui se passe chez nos voisins est d'une importance si considérable au point de vue de l'idée syndicale elle-même que je dois vous en dire quelques mots.

D'où est venu le différend qui a divisé en deux parties presque égales nos confrères Parisiens syndiqués ? — Quelles sont les situations particulières des hommes qui, ayant un programme commun, se divisent cependant, alors que, en apparence, ils devraient être d'accord ?

Lorsqu'en 1898, le législateur inscrivit pour la première fois dans une loi française que le malade avait le droit de choisir son médecin, lorsque fut promulguée ce principe de la *liberté de confiance*, les esprits avisés virent que là était la plateforme solide, la citadelle inexpugnable, qui devait servir à défendre, contre les abus, notre profession si diminuée et qu'une tendance moderne tend de plus en plus à fonctionnariser.

Je l'ai dit déjà, le *fixe*, le *monopole*, le *titre* de médecin de ceci ou de cela est un amoindrissement de la profession.

La vie est si dure que tous, ou presque tous, nous nous sommes laissés prendre à cet appât. Il est bon d'être logé dans un fromage ! et chacun de nous a recherché la douce faveur de ces fromages, habitations hélas ! bien peu luxueuses.

Nos confrères parisiens n'ont pas échappé à cet attrait, et il arrive que, *dans la moitié* des cas, les médecins nos confrères donnent des soins à des malades qui leur sont adressés par des tiers et qui, dans ces conditions, ne *les ont pas librement choisi.* Ces situations sont nombreuses, obtenues par le concours, et, parfois, par la faveur. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a là une entrave au libre exercice de la profession. Muni de son diplôme, le médecin devrait pouvoir donner des soins à tous ceux qui s'adresseront à lui. Pourquoi faut-il que les déshérités n'aient pas la liberté en cette matière ?

Poser une pareille question a semblé à une partie de nos confrères porter une atteinte à leurs intérêts particuliers : de là la crise. D'un côté, ceux qui placent leurs intérêts particuliers au-dessus de l'intérêt général ; de l'autre, ceux qui font ou sont prêts à faire le sacrifice de leur intérêt particulier à l'intérêt général.

Cette question n'existe plus, ou tout au moins nous touche peu au syndicat de l'arrondissement de Versailles où nous avons eu maints exemples de confrères n'hésitant pas à renoncer à des situations acquises et cela pour le plus grand bien de tous. Notre ami *Calbet* nous a donné ce bel exemple de bonne et cordiale confraternité. J'en pourrais citer d'autres !... Cela prouve notre bon esprit de *syndicataires.*

*
* *

Le question des accidents du travail et de l'appréciation du tarif Dubief est toujours à l'étude de notre groupe. Et nous avons pu, grâce à la décision prise à la dernière assemblée générale, réunir des éléments qui permettront de documenter d'une façon précise nos représentants à la Commission de réforme du tarif.

Votre président discutait avec un assureur à propos de la situation particulière faite au Corps médical mis par le tarif à la portion congrue, aux honoraires réduits. « Mais, vous ne savez donc pas, me disait l'assureur, que dans ces cinq dernières années, les assurances ont perdu près de 3.000.000 ». Je n'eus pas de peine à répondre, grâce aux documents que notre Syndicat a pu se procurer : « Les assurances, dites-vous, ont perdu 3.000.000 en cinq ans, mais les médecins, le calcul est facile à faire puisque nous avons les éléments certains qui l'établissent, les médecins, *en une année*, ont perdu 2.500.000 fr. sur leurs honoraires les plus réduits ».

*
* *

Je dois vous annoncer encore un événement considérable. Il résulte des pourparlers entre les médecins et les chefs de la mutualité, membres de la commission mixte médico-mutualiste qui a tenu ses assises sous la présidence de M. Loubet, qu'un manifeste qui va très prochainement être publié dira les conditions nouvelles et rapports du médecin avec les Mutualités.

Nos confrères, les médecins du département de l'Hérault, après entente avec la Fédération régionale des Sociétés de secours mutuels de ce département, ont fixé les bases d'une ENTENTE CORDIALE, où figurent les principes suivants :

1° Liberté du choix du médecin ;

2° Paiement des honoraires à la visite suivant un tarif discuté en commun et accepté par tous ;

3° Solution des différends entre médecins et mutualités ou mutualistes, par voie d'arbitres.

Voilà, certes, un pas en avant fait dans le sens de la conciliation.

Tout n'est pas encore pour le mieux, mais il importe de considérer que ce ne sont plus des adversaires aux intérêts opposés que les médecins rencontreront dorénavant devant eux, mais des hommes qui ne veulent plus être animés que de l'esprit *d'équité et de justice.*

Tous les intérêts légitimes sont connexes. Cette formule de Bastiat se confirme une fois de plus.

*
* *

L'exercice illégal de la médecine, malgré nos efforts pour le réprimer, ne diminue d'aucune façon; notre action reste stérile. S'il est une consolation, disons qu'il en est ainsi un peu partout et que les syndicats se lamentent du peu de résultats obtenus. Faut-il désespérer d'aboutir à quelque chose ? Je ne le crois pas, mais il faudra y sacrifier un peu de notre argent, et faire fonctionner notre caisse.

*
* *

On va vous proposer tout à l'heure une réforme. Notre trésorier est toujours très malheureux lorsqu'il réclame l'indemnité pour absence d'un membre du syndicat excusé ou non, ayant manqué à nos réunions. Cette indemnité qu'il réclame, c'est, quel que soit l'euphémisme employé, une *amende*, une *pénalité*. Je vais vous proposer de transformer cette *amende* et cette *pénalité* en une RÉCOMPENSE aux membres assidus à nos réunions, en *un jeton de présence*.

Mais pour cela il faudra porter de 16 à 20 fr. le taux de la cotisation. Le jeton de 2 francs serait accordé pour les deux assemblées générales statutaires et nos fidèles ne verront pas de ce fait leur cotisation actuelle augmentée puisque sur 20 fr. ils seront remboursés *de 4 francs*. Les absents excusés ne toucheront pas de jetons, leur cotisation sera de 20 fr. et les non-excusés seuls, paieront outre la cotisation de 20 fr. l'indemnité de 5 fr, et ce serait justice. Car il est *inexcusable* de ne pas *s'excuser*.

Et maintenant, encore un mot, que nos confrères aient confiance dans le bureau, s'ils ont à se plaindre de quelque chose, qu'ils viennent l'exprimer à ceux qui ont accepté la mission de diriger le syndicat. Pourquoi, sans attendre, envoyer sa démission. C'est un geste, *ab irato*, et il ne faut jamais céder au premier mouvement, *c'est le mauvais*, d'autant plus, que le plus souvent, il n'y a qu'un malentendu, et le malentendu comme l'erreur ne doit jamais compter entre bons camarades que nous sommes; laissez-moi le croire, laissez-moi l'affirmer. (*Vifs applaudissements.*)

Nécrologie

J'ai le triste devoir, comme président, de vous faire part de la mort de deux de nos confrères, membres du syndicat.

MM. Grosmolard, du Vésinet et Licke, de Maisons-Laffitte. Votre président s'est fait un devoir d'assister à leurs funérailles et leur a adressé, au nom de tous, le dernier adieu.

Une couronne a été déposée par lui sur chacune des deux tombes, et il a reçu de la famille des lettres touchantes de remerciements, dont le syndicat a une large part.

Le Dr Grosmolard a été frappé en pleine santé par une maladie terrible qui a détruit en un moment ses brillantes facultés, sa vive intelligence. Quelques semaines ont suffi pour l'enlever à l'affection des siens.

Le Dr Licke était notre doyen. Depuis quelques mois, il s'était retiré de la médecine active, son grand âge ne lui laissant plus la vigueur nécessaire.

Il avait donné sa démission de notre groupe comme membre actif, il restait notre membre honoraire étant toujours de la famille et nous sommes restés fidèles à cette amitié, à cette confraternité. Vous ne nous désapprouverez pas, je l'espère, de l'avoir toujours considéré comme des nôtres et d'avoir agi en conséquence. (*Applaudissements.*)

Accidents du travail (Etats des mémoires d'honoraires fournis par les membres) résultats acquis.

Disons de suite qu'ils sont excellents. Le secrétaire donne lecture des chiffres qui en sont la conclusion.

Sur une somme de 18.282,30 réclamée par nous, nous avons perdu 2,561,70, soit un pourcentage de 13 à 14 %. Voilà le résultat brutal, sans phrase, que donne ce document. En un mot, il fournit une base solide, irréfutable à notre représentant pour défendre nos intérêts à la commission de revision du tarif des accidents du travail.

Si notre représentant peut ainsi nous défendre, c'est grâce à l'esprit d'union qu'il a su de longue date nous infuser, à l'enthousiasme communicatif qu'il nous a transmis. L'Etablissement de ces Etats de mémoires d'honoraires, aura été un des plus beaux succès obtenu par le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Chacun, oubliant l'horreur innée que nous avons de la paperasserie, le peu d'enthousiasme que nous mettons à publier le fonctionnement de notre clientèle, s'est mis courageusement à la besogne, a aligné les chiffres et envoyé son travail en temps utile, soutenu par la solidarité professionnelle que seule donne l'entente syndicale.

Qu'auraient pu faire des individualités contre ce tarif des accidents ? Nous nous serions répandus, comme nous avons entendu nos Pères autrefois, en vaines diatribes. Le médecin syndicaliste d'aujourd'hui, lui, a agi.

Aux revendications des assurances, il a opposé l'énorme faisceau de ses documents qui n'ont de valeur que par leur groupement.

Tous les syndiqués de France en bénéficieront, commme tous les non-syndiqués du reste.

A ceux-ci de comprendre que bientôt il y aura honte à ne pas vouloir faire partie de la grande Famille médicale, à se cantonner dans un infécond et égoïste isolement. *La solidarité améliore et ennoblit notre profession en nous éclairant mutuellement sur nos intérêts et nos devoirs.*

A chacun de nous aussi de faire de la propagande autour de lui, auprès des confrères connus et inconnus qui pourront nous être signalés par ceux d'entre nous, que des motifs particuliers pourraient entraver dans leur action.

Il faut qu'à la prochaine séance les rares réfractaires soient amenés parmi nous.

Comme conclusion à l'Etablissement des Etats de mémoires d'honoraires, le Syndicat émet le vœu formel que les honoraires des médecins qui soignent des victimes du travail soient conformes au tarif ouvrier local. (*Unanimité.*)

« Il est inadmissible par exemple que le mé-
« decin appelé à donner ses soins dans une même
« maison, au chef de famille blessé du travail et
« à la femme de celui-ci blessée à la suite d'un
« accident survenu au milieu de ses occupations
« ménagères, soit payé deux prix différents :
« le prix faible par l'industriel et le prix fort par
« l'ouvrier. »

Après nous avoir énoncé cet exemple saisissant, notre Président nous invite à examiner di-

verses questions relatives aux accidents du travail :

« En premier lieu, dit-il, il est contraire à la « logique de taxer les consultations et les visites « un prix différent pour les accidentés du travail. « D'abord, à cause de l'encombrement et du trou- « ble que la présence d'un blessé peut causer « dans notre cabinet, et, aussi, parce que le méde- « cin qui s'organise pour donner chez lui des « soins aux blessés met en œuvre des moyens « appropriés dont il a fait les frais pour le plus « grand bénéfice et du blessé et de celui qui paie « pour lui. La consultation payée moins cher « que la visite est donc un véritable non-sens ».

Secondement le Syndicat, s'appuyant sur des renseignements fournis par le Bureau, s'insurge contre le peu de cas fait des réclamations de nos confrères qui, se conformant aux termes du décret réglant les honoraires, ont fait la preuve que le prix de la visite était égal ou supérieur à 2 francs avant 1901.

Une discussion s'engage pour savoir si le Syndicat soutiendra un confrère de Meulan dans un procès à propos d'une question semblable.

Il s'est vu réduire le taux de la visite à 1 fr. 50 alors que l'on avait la preuve que le tarif ouvrier local le mettait à 2 fr. Le Dr Darin signale à ce propos une lettre de M. Paulet qui repousse nos prétentions. D'après lui, seules les communes mentionnées au *Journal officiel* auraient droit à l'application du tarif ouvrier local. Le Dr Lécuyer demande que notre confrère Jeanne proteste à ce propos à la Commission au nom du Syndicat. Le Dr Nouët dit qu'on lui a donné satisfaction en fournissant un certificat récent.

Après avis de notre Président devant la compétence duquel chacun s'incline, on décide, vu l'état actuel de la question et l'échec vers lequel on marcherait, qu'il serait dangereux et inutile de s'engager dans cette voie.

Modifications aux statuts

Le Dr de Grissac expose la question en reprenant les termes de son allocution initiale.

On vote à l'unanimité la suppression de l'amende des absents excusés, la création d'un jeton de présence de 2 fr., l'augmentation de la cotisation à 20 francs.

L'assemblée vote même, sur la proposition du Dr Rochefort, la suppression de l'amende de 5 fr. aux absents non excusés. Cete suppression, est-il décidé, ne sera faite qu'à titre d'essai, car, comme le dit notre confrère Bertillon, « il est inexcusable de ne pas s'excuser ».

Puis le Président lui donne la parole pour la question suivante.

Congrès des Praticiens

Notre vice-président, chargé du rapport sur cette question, s'exprime en ces termes :

« Lorsque fut promulgué le décret instituant le Certificat d'Etudes médicales supérieures, tout le corps médical de la France entière fit entendre un cri de protestation. Le Dr Coppens de Lille, Président de la Fédération du Nord, eut alors l'idée d'une Assemblée nationale des médecins ou Congrès des Praticiens. Un comité d'organisation fut nommé par les principaux groupements. Vous m'avez délégué à ce comité. J'en ai suivi toutes les séances. Le Congrès va se réunir les 12, 13 et 14 avril. Deux questions vont faire l'objet de ses travaux: la réforme de l'Enseignement médical, et le libre choix du médecin.

« A cette heure, 80 groupements ont adhéré; un millier de médecins ont envoyé leur adhésion individuelle. Il importe que notre Syndicat apporte à cette œuvre une part très large d'activité et de subsides. Votre Bureau s'est préoccupé de la question, il vous propose de prélever sur notre caisse les fonds nécessaires à l'inscription individuelle de tous les membres, ce qui fera, à raison de cinq francs par tête, prix de la cotisation, environ trois cent cinquante francs. C'est une somme assez forte, mais l'état de nos finances nous permet ce sacrifice. Cette combinaison permettra aux délégués que vous enverrez au Congrès de voter pour ceux d'entre vous qui ne pourraient s'y rendre, ce qui peut avoir de l'importance dans certaines questions ; puis, il importe que le nombre des adhésions individuelles soit très grand, si l'on veut exercer une influence sur la Commission ministérielle de la Réforme de l'enseignement médical, dont la composition laisse peu d'espoir pour obtenir une véritable réforme de l'Enseignement. » (*Vifs applaudissements.*)

Le principe de la cotisation individuelle de tous les membres du Syndicat, prélevée sur le fonds de caisse, est adoptée à l'unanimité; les Drs Baillon et Bertillon sont nommés délégués au Congrès.

Exercice illégal de la médecine

Le Syndicat constate une fois de plus le mauvais vouloir des Parquets et demande au Bureau d'essayer d'établir le *répertoire-annuaire* des guérisseurs non patentés irréguliers et autres médicastres.

A propos de la vaccination gratuite, M. le Dr Berton communique une lettre adressée par le Préfet au maire de la commune de Triel, dans laquelle il le prie de faire vacciner les employés du bureau de poste, ainsi qu'il a été fait à Versailles; et demande qui paiera ces vaccinations.

Me Simon, avocat conseil du Syndicat, adjoint au maire de Versailles, déclare que, dans l'esprit de l'Administration, c'est le service départemental qui devra indemniser le médecin vaccinateur ainsi qu'il a été fait à Versailles et conformément au règlement administratif.

La séance est levée à 5 heures.

Avant la réunion le Conseil de Famille s'était réuni et avait, à la satisfaction des parties, réglé un différend entre les confrères d'une même région, prouvant ainsi combien est utile, au point de vue des rapports confraternels, l'institution de ce rouage de notre Syndicat.

Le secrétaire,

H. LARGER (Maisons-Laffitte).

FINANCIÈRE MÉDICALE

Séance du 11 *mai* 1907.

Présents : MM. Gassot, Beuve, Maurat, Jeanne et Raimbert.

Le Conseil prend connaissance du rapport qui sera lu par l'Administrateur-délégué en présentation des comptes de l'exercice écoulé et il en approuve les termes et les chiffres.

Il décide que ce rapport sera publié dans le *Concours médical* avant l'Assemblée générale dont il fixe la date au vendredi 28 juin au siège social à 3 heures de l'après-midi.

L'administrateur-délégué consulte le conseil sur le placement à faire des 14.960 francs remboursés par la Participation depuis l'année dernière, et qui, tenus provisoirement à la Société de reports et dépôts, ont porté jusqu'ici un intérêt variant de 3 1/2 à 4 %.

Le Conseil décide d'acheter des actions de la Compagnie Edison.

L'administrateur-délégué est chargé des formalités pour la préparation de l'Assemblée générale et de faire adresser rappel pour les coupons n° 2 qui seront périmés cette année.

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FINANCIÈRE MÉDICALE *pour l'exercice* 1906 *qui sera présenté à l'Assemblée générale du* 28 *juin* 1907.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du Conseil d'administration, le rapport sur le fonctionnement de la Financière médicale pour l'exercice 1906.

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1906.

Actif :

Société générale	246 75	
Société française de reports et dépôts	22.100 65	
La Participation	5.996 90	
Comptes courants	109.120 »	
Caisse	113 15	
Frais de constitution et d'établissement	5.650 92	
Avances à l'Etat	165 02	
Maison de santé de La Plaine Monceau	94.021 20	237.414 59

Passif :

Capital		220.000 »	
Créditeurs divers		593 75	
Réserve légale		2.172 01	
Dividendes non réclamés :			
Coupon n° 2	214 »		
» n° 3	452 50		
» n° 4	819 »	6.021 50	
» n° 5	1.452 »		
» n° 6	3.084 »		
Profits et pertes.			
Report de 1905		1.294 11	
Solde de l'exercice		7.333 22	237.414 59

COMPTES DE PROFITS ET PERTES.

Doit :

Frais généraux	3.580 55	
Amortissement des frais de constitution	452 08	
Solde mentionné au bilan	7.333 22	11.365 85

Avoir :

Intérêts de la Participation	5.996 90	
Intérêts de la Mon de santé de La Plaine Monceau	4.571 20	
Société Générale	8 25	
Intérêts de la société française de reports et dépôts	630 50	11.365 85
Coupons n° 1 périmés	159 »	

A la comparaison des deux bilans des exercices 1905 et 1906 on voit que les différences sont bien minimes et les résultats à peu près identiques à quelques cents francs près.

A l'actif : Le chapitre Société française des reports et dépôts est en diminution cette année de 34.784.05, ainsi que celui des comptes courants (prêts à la Participation) de 14.000 francs. Mais par compensation, le chapitre Maison de santé de la plaine Monceau est en augmentation de 50.999.52, ce qui fait compensation et constitue toujours un même capital prêté.

Au passif, la réserve légale atteint le chiffre de 2.172.01 et les dividendes restant à payer sur les cinq derniers coupons échus s'élèvent à la somme de 6.021.50, dont 214 fr. provenant du coupon n° 2, seront périmés au bénéfice de la caisse, s'ils ne sont pas réclamés avant le 1er juillet 1907.

Vous pourrez, du reste, voir au compte des profits et pertes que, malgré toutes les précautions prises et les avis même par lettre fermée, que nous avons envoyés, 159 fr. du 1er coupon sont ainsi entrés dans nos caisses absolument malgré nous.

Le solde bénéficiaire de l'exercice 1906 s'élève à 7.333.22 contre 7.291.90 en 1905.

En somme, situation sensiblement identique à celle de l'année dernière.

Votre Conseil vous demande d'approuver les comptes que je viens de vous présenter et vous proposera ensuite une répartition des bénéfices de 1906 identique à celle de l'année précédente.

RÉPARTITION.

Les bénéfices de l'exercice s'élèvent à	7.333 22	
Il y a lieu d'ajouter le report de 1905	1.294 11	8.627 33

Nous proposons la répartition suivante :

5 % à la réserve légale sur 7.333 fr. 22	366 65	
Dividende à raison de 3 fr. par action	6.600 »	
Impôt sur le dividende	275 »	
A reporter à l'exercice suivant	1.385 68	8.627 33

L'administrateur-délégué,

Dr MAURAT.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
du Corps médical

Assemblée générale du 16 mai.

Présidence de M. le Dr LANDE.

Lecture et adoption du procès-verbal de l'Assemblée de 1906.

Le secrétaire et le trésorier donnent lecture de leurs rapports publiés antérieurement.

M. Baronnet lit le rapport des censeurs.

Commission des censeurs.

Présidence de M. DE RANSE.

M. VERDALLE, trésorier, résume son rapport. A la demande de M. de Ranse, il explique le fonctionnement de la Caisse des pensions qui verse aux Profits et Pertes 27.000 francs ; il donne des explications sur la situation de la Caisse et les achats de valeurs faits l'an dernier.

Les fonds disponibles sont déposés au Crédit Lyonnais et au Comptoir d'escompte.

M. DE RANSE appelle les valeurs possédées par la Société et M. le trésorier montre successivement les récépissés de dépôt du Crédit Lyonnais et du Comptoir d'Escompte.

M. DE RANSE fait remarquer que le Crédit Lyonnais donne les récépissés au nom de M. Verdalle, tandis que le Comptoir d'escompte les donne au nom de la Caisse des retraites. Il serait bon que tous les récépissés soient au nom de la Caisse.

Une démarche dans ce but sera faite au Crédit Lyonnais par le trésorier.

M. VERDALLE, appuyé par M. Noir, demande que les comptes soient vérifiés par un comptable de profession qui seconderait le Comité des Censeurs. Cette mesure faciliterait beaucoup la tâche du trésorier.

La Commission approuve cette demande et décide de la proposer à l'Assemblée générale.

Les comptes du trésorier sont approuvés. La Commission des censeurs propose de remercier vivement M. Verdalle du dévouement qu'il met au service de la Caisse des retraites, dont les membres lui doivent une réelle reconnaissance pour la charge considérable qu'il assume.

Paris, le 12 mai 1907.

Les censeurs :

Le président, Dr DE RANSE. *Le secrétaire,* Dr NOIR.

Etaient présents : MM. les Dr MOREAU, BARONNET, BARADAT et MILLIET.

Excusés : MM. les Drs HIBLOT, de Châteaudun, et LUGEOL, de Bordeaux.

A propos de ce rapport M. Verdalle demande que tous les ans, les censeurs se fassent présenter une étude par un comptable expert, de manière à ce que leur soit facilité le contrôle précis de la situation.

Il est décidé que, l'année prochaine, un comptable sera désigné pour aider MM. les censeurs dans la vérification des comptes présentés par le trésorier.

MM. S. et B. désireraient voir leurs retraites augmentées par un secours, vu leur situation précaire. L'Assemblée décide que les Sociétés locales des demandeurs seront priées de faire les démarches nécessaires auprès de l'Association générale.

M. Verdalle trésorier, demande quelles valeurs il faut acheter actuellement. Il est décidé que le trésorier est autorisé à acheter de la Banque hypothécaire 1880 et des obligations d'Orléans.

Quatre nouvelles retraites sont ensuite votées.

M. B. 800
M. L. 1600.
M. D. 800
M. S. 800.

Deux sont morts MM. L. et D. après le 1er janvier ; la retraite de cette année est donc acquise à leur compte de succession

M. Verdalle, trésorier, fait observer que M. L., décédé, avait versé une somme totale de 3.358 fr. pour primes et a touché environ 15.000 fr. en pensions annuelles, ce qui constitua une grosse ressource à ses vieux jours.

La subvention de l'Etat à la Caisse des retraites a été supprimée en 1907.

Admission des nouveaux adhérents au nombre de six.

Pas de renouvellement des membres du Comité en 1907 et en 1908.

Sont réélus censeurs pour une nouvelle période : MM. Baronnet, Hiblot, Baradat.

M. Gassot fait l'exposé d'un projet de création d'une combinaison D dans l'Amicale. L'Assemblée décide de faire suivre les études sur ce sujet par M. Fleury.

La séance est levée à 4 heures.

Le secrétaire général,

Dr. DELEFOSSE.

REPORTAGE MÉDICAL

Cours pratique d'hypnotisme et de psychothérapie. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le mardi 11 juin 1907, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie.

Ce cours sera privé ; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en dix leçons ; il se fera à l'Ecole de Psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de 10 heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

Les leçons auront lieu aux dates suivantes :

M. le Dr Bérillon, les 11, 13, 15, 18 et 20 juin, à 10 h. 1/2 du matin.

M. le Dr Paul Farez, les 11, 13, 14, 19 et 20 juin à 6 heures du soir.

Hôpital Saint-Antoine. — M. P. Le Noir commencera, le 27 mai, à 9 h. 1/2, un cours élémentaire sur les maladies de l'estomac et le continuera tous les jours à la même heure. Ce cours sera complet en 15 leçons.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 22 | Dimanche 2 JUIN 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE MÉDECIN ET LE SERVICE DE LA DÉSINFECTION

Dans une réunion médicale récente, le très distingué directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, M. Mirman, disait : « Les effets de la loi de protection de la santé publique seront ce que le corps médical voudra qu'ils soient » et par là il faisait allusion non pas seulement à l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses imposée aux médecins, mais encore à leur collaboration effective.

C'est en effet une éducation spéciale qu'il faut faire près du public en procédant non pas par menaces et procès-verbaux, mais par conseils et par persuasion ; c'est non pas à des prescriptions *ex cathedra* qu'il faut recourir, mais à des leçons de choses — et nul n'est plus qualifié que le médecin pour remplir ce rôle d'éducateur près de sa clientèle.

On aurait donc pu supposer que le médecin serait la véritable cheville ouvrière de l'organisation nouvelle, le pivot autour du quel graviteraient les organismes secondaires.

C'eût été bien mal connaître le vieil esprit routinier de notre administration française, qui ne sait rien faire sans complications, sans paperasses, sans règlementation tatillonne, qui ne peut admettre que tout, depuis les formats des papiers et les modèles d'imprimés jusqu'aux détails les plus infimes de la pratique, ne soit réglé d'une manière uniforme, et laisse aux administrations locales la seule liberté de se conformer aux instructions parisiennes.

Aussi a-t-on réglementé, et la première mesure a été d'écarter le médecin autant que faire se pouvait : le service de la désinfection a prévu des chefs de poste qui, en l'espèce, sont les agents d'initiative, mais le Conseil d'Etat s'est empressé de déclarer que ces chefs de poste ne pourraient être des médecins ! — Que seront-ils ? nous l'ignorons encore, mais ne pouvons-nous craindre que notre collaboration avec eux ne soit plutôt difficile ?

Quoi qu'il en soit, un certain nombre de confrères se sont mis à l'œuvre, tâchant de faire adopter dans les départements des organisations possibles, où le conseil du médecin pût encore avoir sa place, d'où son influence et sa bonne volonté, que M. Mirmann jugeait avec raison indispensables, ne fussent pas systématiquement écartées.

A quoi sont-ils arrivés ? Il peut être intéressant de le rechercher.

Dans le Loiret, notre collaborateur Gassot propose de placer un chef de poste dans toutes les communes où réside un médecin ; ce chef de poste ne serait plus un personnage, c'est vrai, mais, précisément en raison de sa situation plus modeste, il s'entendrait mieux avec le médecin sous

l'autorité morale et d'après les conseils duquel il opérerait. Cette action du médecin traitant n'empiéterait en rien d'ailleurs sur la direction du membre de la commission sanitaire, elle lui viendrait en aide au contraire et la seconderait d'une manière efficace.

A ce système on a objecté la difficulté qu'il y aurait à trouver un aussi grand nombre de chefs de poste : la difficulté n'existe que si le chef de poste doit être un personnage, ce qui n'est nullement indispensable : il suffit en somme d'avoir un agent d'exécution intelligent et capable de tenir un registre. En relations journalières avec le ou les médecins, ce chef de poste agirait rapidement, efficacement et ne ferait que ce qui peut être utile.

Il y a là, en effet, un point sur lequel on n'a peut-être pas suffisamment réfléchi : *ne faire que ce qui sera utile.* A lire le règlement d'administration publique, on acquiert bien vite la conviction que le plus grand nombre des mesures prescrites ne servira absolument à rien tout en coûtant très cher — on le verra plus tard sans doute.

Le système consistant à créer un nombre infime de postes, rayonnant chacun sur un arrondissement par exemple, ne nous paraît pas pouvoir donner de résultats utiles.

Le chef de poste obligé de se transporter souvent au loin et par des moyens peu pratiques ne pourra être partout où sa présence serait nécessaire : il devra donc se faire suppléer par des aides, se décharger sur eux du rôle qui devrait lui incomber à lui-même, et alors ces aides deviennent en réalité des petits chefs de poste, comme les réclame le Dr Gassot, avec cette différence qu'ils doivent prendre leur mot d'ordre au loin et n'ont pas pour les diriger l'homme qui sait par le menu ce qu'il convient de faire, ce qui est possible et ce qui est superflu, le médecin traitant.

On pourrait répondre encore que les frais de déplacement avec un nombre trop restreint de postes augmenteront considérablement les dépenses du service, que les fonctions de chef de poste, à certains moments très actives, seront à peu près nulles à d'autres époques et que, par conséquent, il vaut mieux donner ces fonctions par surcroît à des hommes ayant une autre occupation que créer des fonctionnaires spéciaux à traitement élevé relativement et devant être tantôt inoccupés, tantôt débordés absolument.

Une autre objection a été faite, celle de la dépense d'installation, mais il n'est nullement nécessaire de pourvoir tous les postes d'un matériel d'importance identique : on sait que les désinfections en profondeur sont relativement rares, il n'est donc pas besoin de doter tous les postes d'une étuve comme le demandaient les projets émanant de constructeurs envoyés dans toutes les préfectures.

Les postes pourraient, comme le demandait le Dr Gassot, être divisés en deux classes : les postes principaux pourvus d'un matériel complet avec étuve — et ceux-là peu nombreux — et les postes ordinaires rattachés aux précédents pourvus seulement d'un matériel de désinfection en surface et de substances désinfectantes. Qu'une désinfection en profondeur soit nécessaire dans ces derniers postes, le chef renferme les objets à désinfecter dans un sac spécial et les fait transporter au poste principal où la désinfection se fait.

Le système préconisé par notre confrère était donc économique, simple et efficace : économique parce qu'il diminuait les frais de déplacement, parce qu'il supprimait les traitements onéreux, parce qu'il réduisait les appareils coûteux au minimum indispensable ; simple parce qu'il était immédiatement applicable et partout ; efficace parce que la désinfection pouvait se faire rapidement et sous l'œil du médecin. Il avait l'avantage d'intéresser le médecin au bon fonctionnement du service et de lui permettre de donner la part de concours qui lui restait possible après la décision du Conseil d'Etat.

Dans la Seine-Inférieure, le Dr Merry Delabost, par son projet de règlement, spécifie le fonctionnement *avec le concours du Corps médical*, et ce concours selon notre confrère, doit consister en une entente entre le médecin traitant et le service public de la désinfection.

A Elbeuf, cela se fait déjà ; chaque fois qu'une déclaration de maladie contagieuse parvient à la Mairie, un inspecteur d'hygiène, sous-brigadier de police, est chargé de s'entendre avec le médecin déclarant. Seulement, ce qui est possible dans une grande ville serait impraticable à la campagne.

Il serait facile d'obtenir le même résultat à l'aide de moyens différents. Il suffirait que le médecin traitant joignît à sa déclaration de maladie contagieuse des renseignements suffisamment explicites pour renseigner le poste sur ce qu'il aurait à faire, pour lui indiquer notamment s'il y a lieu de fournir à la famille des désinfectants gratuits, la nature de ces désinfectants, une blouse de garde-malade, des sacs à linge, etc.

Puis, après la terminaison de la maladie, le médecin traitant adresserait au sous-préfet un second avis dans lequel il ferait savoir si la désinfection sera faite par une entreprise privée ou par le service public ; dans ce dernier cas il indiquerait le nombre et la grandeur approximative des pièces à désinfecter, s'il y a nécessité de faire une désinfection en profondeur, etc.

Mais il est évident que cette double déclaration et ces renseignements suppplémentaires constitueraient une aggravation des charges qui pèsent sur les médecins.

« Toute peine mérite salaire », dit un vieux proverbe. Il serait équitable de reconnaître, par une indemnité, ainsi que cela se fait dans d'autres pays, en Angleterre, notamment, les services qu'on leur demanderait.

Cette indemnité n'augmenterait pas les dépenses budgétaires, car elle serait, nous en sommes convaincus, largement compensée par les économies réalisées.

Assurés d'être utiles à leurs clients en facilitant les services de la désinfection, les médecins s'empresseraient de fournir les renseignements et la légitime rémunération à laquelle ce supplément d'information donnerait droit serait une raison de ne pas oublier ou négliger la déclaration. Car il faut que le public sache bien que celle-ci *doit être faite, a besoin d'être faite*, même pour des cas dont la bénignité lui fait considérer la désinfection, et par suite la déclaration comme superflues. Que de fois ne voit-on pas une affection, très légère chez un malade, prendre un caractère d'extrême gravité chez celui auquel il l'a transmise ! et cela sans qu'on puisse l'expliquer autrement que par de vagues raisons d'influence du terrain, d'exaltation de la virulence des microbes,

etc., qui ne remédient en rien au désastre, tandis que la déclaration suivie de désinfection eût pu le prévenir.

Le Dr Delabost établit par correspondance entre le sous-préfet et le médecin les relations que le Dr Gassot voulait directes entre le chef de poste et le médecin. Avec treize postes correspondant chacun à une circonscription sanitaire, il assurait le service convenablement, bien que la distance maxima de 34 kilomètres à parcourir éventuellement nous paraisse bien grande pour ne pas causer, à certains moments, de grandes difficultés. Notre confrère ajoutait d'ailleurs que si l'expérience venait à démontrer que le nombre des postes fût insuffisant il serait toujours possible d'en créer de nouveaux.

En somme, dans une organisation comme dans l'autre, une part est laissée à l'action du médecin traitant, et c'est là le point important, car c'est seulement par l'accord du Corps médical et de l'autorité administrative que le service pourra fonctionner sous peine de conflits sans nombre dont il n'est pas difficile de prévoir la naissance, ni les effets.

Et puis ne serait il pas étrange, comme le disait excellemment le Dr Duclerq, qu'à chaque progrès social correspondît un nouveau démembrement de la fonction sociale du médecin ?

Nous ne pouvons que remercier nos confrères de nous avoir communiqué les projets d'organisation qu'ils avaient élaborés, nous serions heureux que leur exemple trouvât des imitateurs et nous promettons le meilleur accueil aux nouveaux envois, qui pourront nous être faits.

Quoi qu'il en soit, nous adjurons les médecins de ne pas se désintéresser de la question et pendant qu'il en est temps encore, d'intervenir soit par eux-mêmes près de leurs conseillers généraux, soit par leurs syndicats près des administrations préfectorales pour obtenir que la mise en vigueur d'une loi qu'ils ont justement réclamée, n'ait pas pour effet de léser leur intérêts et d'obérer les finances publiques, sans assurer à la santé publique plus de protection que par le passé.

LA SEMAINE MEDICALE

L'eau iodée comme antiseptique en chirurgie.

L'iode, qu'on l'emploie à l'extérieur ou à l'intérieur sous forme de teinture ou d'iodure alcalin, constitue assurément l'un des plus précieux médicaments qui soient à notre disposition. L'addition de quelques gouttes de teinture d'iode à l'eau, dans la proportion de quatre gouttes pour un litre, détruit les microbes nuisibles de cette eau, quelque douteuse qu'elle soit et la rend parfaitement potable, même en temps d'épidémie. On peut utiliser cette puissance antiseptique pour la chirurgie et M. Sgambali, chirurgien italien, n'a eu qu'à se louer de l'emploi de l'eau iodée dans le lavage et le pansement des plaies ((*Bull. Médical*).

L'eau iodée, pourvu qu'on la prépare au moment même de l'employer et qu'on s'en serve à la température de 55° à 60°, est, en tant que désinfectant, supérieure à toute autre solution antiseptique.

« On prépare l'eau iodée en versant dans un récipient stérilisé, contenant un peu d'eau très chaude, une certaine quantité de teinture alcoolique, saturée d'iode jusqu'à ce que le liquide prenne une coloration acajou, ce qui indique qu'il est à saturation. Aussitôt on en asperge la plaie opératoire au moyen d'un tampon de coton. La quantité d'iode que peut contenir en solution l'eau, à la température de 55 à 60°, est de 0,05 % environ, teneur absolument suffisante, d'après l'auteur, pour la destruction rapide de n'importe quel germe morbide. Un excès d'iode, rendant la solution trouble, ne présente pas grand inconvénient, le liquide ne tardant pas à se clarifier par précipitation.

« Le lavage à l'eau iodée peut être répété à plusieurs reprises au cours de l'intervention chirurgicale jusqu'au moment de suturer la plaie cutanée. On peut laisser dans la profondeur des tissus et même dans les cavités séreuses une quantité relativement élevée d'eau iodée, sans le moindre inconvénient.

« M. Sgambati a également recours aux injections d'eau iodée dans les collections purulentes que, pour des considérations d'esthétique ou autres, il tient à ne pas inciser. Dans ces cas, après avoir évacué le pus par la ponction, on aspire dans une seringue de Pravaz une toute petite quantité de teinture d'iode, puis on remplit la seringue d'eau très chaude et on injecte ce mélange. La guérison est obtenue en quelques jours, surtout lorsque les injections sont répétées fréquemment.

« Pour la désinfection des plaies accidentelles, lors même qu'elles ne seraient pas récentes, l'auteur a recours exclusivement aux applications quelque peu prolongées d'eau iodée, avant de procéder à l'application des sutures.

« Depuis que M. Sgambati emploie systématiquement l'eau iodée pour la désinfection des plaies, les suppurations post-opératoires sont devenues exceptionnelles dans son service et la cicatrisation est obtenue beaucoup plus rapidement. De fait, autrefois, la suppuration survenait dans 15 à 20 % des cas opérés aseptiquement, mais depuis que l'auteur se sert d'eau iodée il ne note plus cette complication que dans 1,5 % des cas.

« Aucun des malades de l'auteur n'a jamais présenté de symptômes d'iodisme, ni même une réaction de l'iode tant soit peu apparente dans les sécrétions et excrétions. »

Le régime de l'obèse à Vichy.

M. le Dr René TISSIER, de Vichy, vient de faire sur la cure de l'obésité à Vichy une très intéressante étude, dont nous détachons les quelques lignes suivantes concernant le régime :

La journée d'un obèse qui veut se soigner consciencieusement est bien remplie, comme nous allons le voir ; mais auparavant il nous faut faire une distinction parmi les obèses qui viennent réclamer nos soins ; il est évident *a priori* que le

traitement d'un pléthorique ne saurait être le même que celui d'un lymphatique.

Prenons pour type un obèse pléthorique âgé d'environ une quarantaine d'années, homme vigoureux, chez lequel le cœur fonctionne bien, ne présentant aucune lésion organique, n'étant ni diabétique, ni albuminurique, mais gros mangeur et gros buveur, ne prenant pas ou prenant peu d'exercice ; rhumatisant et obèse par hérédité.

Avant de le mettre au traitement,on prendra son poids et on le lui fera prendre tous les quatre ou cinq jours. Il devra être pesé à la même heure, le matin à jeun autant que possible et après avoir été à la selle et vidé sa vessie ; toutes ces précautions sont nécessaires pour bien diriger la cure à l'abri de toute erreur.

Nous recommandons la pesée le matin, après avoir été à la selle et avoir uriné ; sans cette précaution,il peut y avoir un excès de poids de 300 à 400 grammes, et aussi avant tout exercice, parce qu'après un exercice il y a perte d'une certaine quantité d'eau par l'haleine et la transpiration. Il reste encore une cause d'erreur difficile à éviter et dont on n'a pas à tenir compte, c'est celle qui peut provenir des différences de température et des variations dans la pression atmosphérique.

L'obèse ne doit pas maigrir trop rapidement, l'expérience ayant démontré que l'amaigrissement rapide peut avoir un retentissement sur l'état de santé générale par suite de troubles circulatoires, d'où l'utilité de la bascule pour s'en rendre compte.

Voici l'exemple du traitement imposé à l'obèse et l'emploi de sa journée :

1° Le matin à 7 heures, 100 à 200 grammes d'eau de la source Chomel ou de la source de la Grande-Grille ; on commencera par 100 grammes, en augmentant la dose tous les jours pour arriver à 200 grammes au bout de quatre jours ;

2° Entre 8 heures et 8 h. 1/2, premier déjeuner, une tasse de thé léger sans lait ou avec très peu de lait, sans sucre ou à peine sucré et 30 grammes de pain grillé ;

3° Promenade jusqu'à 10 heures ou 10 h. 1/2;

4° Vers 10 heures ou 10 h. 1/2, bain de vapeur, suivi de friction au gant de crin ou bien massage sous la douche, suivi de repos au lit sous la couverture pour amener la transpiration ; on peut d'ailleurs alterner ces deux modes de traitement ;

5° De 11 h. à 11 h. 1/4, 100 à 250 grammes de la source Chomel ; on arrivera à 250 grammes au bout de cinq jours ;

6° 11 h. 1/2, déjeuner : 125 grammes de pain très cuit ou mieux grillé, un œuf frais, 100 grammes de viande rôtie ou grillée, 60 grammes de légumes verts, 25 grammes de fromage, un peu de fruit, une demi-tasse de café noir peu sucré. Boire pendant le repas un quart de litre d'eau rougie, un tiers de vin pour deux tiers d'eau ; on peut remplacer le vin rouge par le vin blanc. Supprimer la sieste après le repas ;

7° De 1 heure à 5 heures, au choix,promenade à l'ombre, promenade à bicyclette, exercices musculaires, gymnastique, tennis, douche suivie de massage après une séance d'escrime, mécanothérapie ;

8° A 5 heures 1/2, de 100 à 250 grammes de la source Chomel ou de la Grande-Grille.

9° A 6 heures ou 6 h. 1/2, dîner : 125 grammes de pain grillé ou de croûte de préférence, 125 grammes de viande grillée, une sole ou un merlan au beurre, 60 grammes de légumes verts (épinards, chicorée cuite, haricots verts), 25 grammes de fromage, quelques fruits, un quart de litre d'eau rougie (un tiers de vin pour deux tiers d'eau) ;

10° Promenade après le dîner ;

11° Ne pas rester au lit plus de 7 heures à 7 h. 1/2 par 24 heures.

Ce régime, qui est en somme une simple indication, sera modifié par le médecin suivant les circonstances.

La durée du traitement est de trois semaines à un mois ; on peut ainsi obtenir une perte de poids de 6 à 12 kilogs.

Le traitement s'applique également, mais avec moins de rigueur, aux personnes ayant seulement de l'embonpoint.

Aux lymphatiques, aux anémiés, chez ceux dont la graisse est plus fluide, chez les femmes qui ont de la mauvaise graisse, comme on dit vulgairement, on substituera aux sources Chomel et de la Grande-Grille, la source Mesdames qui est ferrugineuse ou la source Lardy ; on se gardera bien de supprimer complètement le régime carné ; on donnera des œufs au lieu de légumes verts, et en même temps on combattra la constipation par des douches ascendantes, si l'emploi de laxatifs ou de cholagogues n'était pas suffisant.

L'albuminurie orthostatique.

M. le Dr E. Ricklin a fait dans la *Revue internationale de clinique et de thérapeutique* une très complète étude de l'albuminurie orthostatique et cyclique des jeunes gens, d'où il déduit les conclusions suivantes :

« L'albuminurie symptomatique d'une néphrite plus ou moins diffuse peut, dans certaines conditions, évoluer suivant le type orthostatique, c'est-à-dire affecter un caractère intermittent et n'apparaître que sous l'influence du changement d'attitude, qui consiste à passer de la position horizontale à l'attitude verticale.

« De cette forme *symptomatique*, il y a lieu de distinguer une forme essentiellement *fonctionnelle* d'albuminurie orthostatique.

« Aussi bien, on observe chez des jeunes gens et des adolescents, une espèce particulière d'albuminurie, intermittente d'emblée, qui se manifeste sous l'influence exclusive du changement susdit d'attitude qui disparaît de même, sitôt que l'intéressé se place dans la position horizontale. Ni les maladies infectieuses du jeune âge, ni la néphrite n'interviennent d'une façon apparente dans son développement. Il y a tout lieu de lui supposer d'étroites relations avec les troubles de la croissance si fréquents à l'approche et à l'époque de la puberté ; maintes fois aussi, elle porte le cachet d'une tare constitutionnelle. Conciliable avec une santé parfaite, alors même qu'elle persiste pendant des mois et des années, elle est susceptible de guérir spontanément, et elle ne manifeste aucune tendance à dégénérer en néphrite. N'empêche qu'elle implique un certain degré d'infériorité vitale, et à ce titre, elle doit être prise en sérieuse considération par le médecin appelé à se prononcer sur les chances de longévité d'un individu en puissance de cette forme d'albuminurie. Son traitement se résume dans la

mise en œuvre des moyens de tout ordre, susceptibles de tonifier le cœur et les muscles, de régulariser le fonctionnement des nerfs vaso-moteurs, et du système nerveux en général, d'accroître la vitalité des épithéliomas et l'endurance de l'organisme. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker : M. le Professeur ALBARRAN

Les conditions opératoires en chirurgie des voies urinaires

(*La cryoscopie*).

Je vais opérer tout à l'heure un malade couché au n° 24 de la Salle Velpeau. C'est un homme de 68 ans qui, en l'espace d'une année, a présenté trois crises de rétention d'urine. En dehors de ces crises, il ne s'est plaint d'aucun trouble morbide, à part une fréquence un peu exagérée des mictions. L'état général du malade est bon ; le cœur, les poumons, sont dans un état satisfaisant. L'examen local, d'autre part, montre un urèthre légèrement allongé (20 centim.), une contractilité vésicale normale, la vessie ne renfermant qu'une faible quantité d'urine, et enfin une hypertrophie moyenne de la prostate. Pas de phénomènes infectieux.

Cet homme est venu, de lui-même, demander qu'on lui fasse la prostatectomie. Je ne veux pas envisager devant vous, aujourd'hui, la question si complexe de la prostatectomie, mais il est évident que, chez un malade comme celui-ci, qui, en dehors de ses crises, urine assez bien et n'a pas besoin de se sonder régulièrement, on pourrait hésiter et on hésiterait effectivement à intervenir si les conditions opératoires ne se présentaient pas très favorables. Je vous ai déjà parlé, dans une précédente leçon (1), de l'importance de ces conditions opératoires. J'ai appelé votre attention sur la nécessité de tenir compte de l'état général et de l'état des fonctions rénales avant toute opération sur les voies urinaires. Je vous ai décrit deux procédés, l'analyse chimique des urines et l'épreuve du bleu de méthylène, qui fournissent d'utiles renseignements sur l'état fonctionnel des reins. Toutefois, vous disais-je, malgré leur valeur, ces deux procédés n'ont rien d'absolu. Il convient toujours de les contrôler l'un par l'autre et de les contrôler l'un et l'autre par une troisième méthode, qui est la cryoscopie. Je vais décrire cette dernière aujourd'hui.

Chez notre malade, l'état général, le cœur, les poumons sont bons. L'analyse chimique des urines est également bonne : nous avons trouvé 1.650 cent.cubes comme volume d'urine, 36 gr. d'urée et un chiffre suffisant de chlorures. De même, l'élimination du bleu a été satisfaisante : elle a commencé après une demi-heure ; elle a eu une forte intensité et s'est prolongée 36 heures. En outre, examinées au point de vue histo-bactériologique, les urines se sont montrées normales, à peu près aseptiques.

(1) *Concours Médical* du 15 mai 1907.

Eh bien, quelque précise qu'ait été la concordance de toutes ces données, nous ne nous en sommes pas contentés et, pour être plus sûrs, nous avons pratiqué la cryoscopie des urines. En quoi consiste donc cette troisième méthode d'appréciation des fonctions générales et urinaires ?

D'après les lois physiques, le point de congélation d'un liquide est en rapport avec le *nombre des molécules dissoutes* que contient ce liquide. Peu importe la nature des molécules dissoutes (urée, acide urique, etc.), si leur nombre est le même, le point de congélation reste identique. Par la cryoscopie des urines, par conséquent, nous avons un moyen d'apprécier la quantité de molécules contenues dans une urine.

La technique de la cryoscopie est simple. L'appareil dont on se sert comprend une cuve cylindrique, d'une capacité de trois quarts de litre environ, remplie d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin. Dans cette cuve, on place un grand tube renfermant un mélange — qui ne se congèle pas — de glycérine et d'eau à parties égales. A l'intérieur de ce grand tube, on plonge le tube à urine dans lequel se trouvent un thermomètre gradué au centième de degré et un agitateur. Avec ce dernier, vous agitez l'urine de façon à avoir une température égale partout. A un moment donné, vous voyez la colonne thermométrique descendre ; elle descend même, d'abord, à une température plus basse que celle où le liquide va se congeler. On sait que, normalement, l'urine se congèle entre — 1° 1/2 et — 2°. Eh bien, en raison de phénomènes spéciaux dits de surfusion, la colonne thermométrique commence, comme je viens de le dire, par descendre au-dessous de ces limites, par exemple à — 2°, — 3°. Lorsque vous voyez le degré habituel de congélation dépassé largement, vous arrêtez, en jetant dans l'urine un fragment de glace ou de givre, les phénomènes de surfusion : le thermomètre remonte, à ce moment, et arrive alors au point réel de congélation. Il s'agit, en résumé, d'observer la descente thermométrique, de jeter un fragment de glace dans le liquide (l'urine, ici, puisque nous nous occupons de la cryoscopie des urines), de voir le thermomètre remonter et de noter le degré où il s'arrête : ce degré est le point de congélation, que l'on désigne par la lettre grecque Δ. Ce point est, pour l'urine, à l'état normal, de — 1° 1/2 à — 2°, mais il peut subir, sans sortir des conditions normales, de grandes variations. Il augmente lorsque l'urine est concentrée, à la suite de transpirations par exemple, et il diminue, parfois notablement, quand l'urine est diluée par d'abondantes boissons. C'est pourquoi le point de congélation de l'urine ne donne pas un chiffre qui soit véritablement clinique. Il n'a, en lui-même, guère plus de valeur que n'en a la recherche de la densité de l'urine. Mais, et c'est là son véritable intérêt pratique, on a utilisé ce point Δ dans différentes formules. Ces for-

mules sont nombreuses ; je ne vous parlerai que de celles dont nous pouvons nous servir en clinique. C'est un sujet assez aride, pour la compréhension duquel je vous demande un peu d'attention.

Pour éviter les causes d'erreur dues à la dilution ou à la concentration des urines, Claude et Balthazard ont proposé de multiplier Δ par le volume V de l'urine émise et de rapporter le chiffre obtenu au poids P de l'individu. Ils ont établi ainsi la formule $\frac{\Delta \times V}{P}$. Le produit $\Delta \times V$ représente le nombre de molécules éliminées par le sujet et $\frac{\Delta \times V}{P}$ représente le nombre de molécules éliminées par 1 kilogr. dudit sujet ; c'est la diurèse moléculaire totale (*totale* pour la distinguer de la diurèse moléculaire achlorée que nous étudierons dans un instant). Le quotient $\frac{\Delta \times V}{P}$ oscille entre 3.000 et 4.000 chez les individus en bonne santé. Quand vous voyez une diminution considérable de ce chiffre, allant à 1.500, 1.400, vous en déduisez que l'individu n'élimine pas assez ; si, au contraire, le chiffre atteint 5.000 ou 6.000, il y a élimination exagérée. Voilà une première formule assez facile à comprendre.

Autre formule. Dans ce chiffre global d'éléments moléculaires contenus dans l'urine, on doit distinguer deux grandes variétés : d'un côté le chlorure de sodium, absorbé avec les aliments et éliminé tel (molécules chlorées, premier groupe), et d'un autre côté les autres éléments, urée, acique urique, etc., fabriqués par l'organisme et éliminés par l'urine (molécules achlorées, second groupe). Le premier groupe ne signifie pas grand chose ; le second groupe indique bien, au contraire, le travail de l'économie. Il y a donc intérêt à séparer ces deux groupes de molécules.

Appelons δ l'ensemble des molécules achlorées. Nous pouvons établir une formule analogue à celle de tout à l'heure : $\frac{\delta \times V}{P}$. C'est la même formule dans laquelle les molécules de chlorure de sodium ont été éliminées. Pour déterminer δ on établit d'abord par une analyse chimique ce que l'urine contient de chlorure de sodium. Supposons qu'elle en renferme 1 pour 100. On sait qu'une solution de NaCl à 1/100 se congèle à — 0,60. Il suffit d'enlever, de Δ, 0,60, pour avoir δ. Dans ce cas $\delta = \Delta - 0{,}60$. La formule $\frac{\delta \times V}{P}$ donne, comme résultante, la diurèse des molécules achlorées. Elle oscille, normalement, entre 2.000 et 2.500. Si le chiffre obtenu est inférieur, on en déduit que les échanges organiques ne se font pas bien ; s'il est exagéré, cela indique une nutrition active.

Ces deux formules, donnent des indications plutôt sur l'état général de l'organisme que sur l'état des fonctions rénales. Chez notre malade nous avons trouvé 5.617 et 3.026, ce qui est un indice d'échanges nutritifs satisfaisants, actifs. Nous en tiendrons grand compte pour les indications opératoires.

Si maintenant on veut appliquer la cryoscopie à l'étude des fonctions rénales elles-mêmes, on arrive à une 3e formule plus difficile. Elle est basée sur la théorie de la sécrétion rénale de Koranyi. Cette théorie est la suivante : au niveau des glomérules filtre une solution prise dans le sang (solution de NaCl dans l'eau). A mesure que cette solution traverse le rein, elle subit un double changement ; elle se concentre, l'eau se résorbe, et elle modifie sa composition, des molécules de NaCl, se transformant en d'autres molécules, d'urée, d'acide urique, etc. Tous ces échanges s'opèrent à travers l'épithélium.

Partant de là, Claude et Balthazard ont proposé une troisième formule, $\frac{\Delta}{\delta}$, diurèse moléculaire totale divisée par diurèse moléculaire achlorée. Puisque — d'après la théorie de Koranyi — les échanges portent sur NaCl, moins ces échanges seront actifs, plus il restera de chlorure de sodium dans l'urine et plus δ diminuera (puisque $\delta = \Delta$ — un chiffre proportionnel à NaCl). Cette diminution de δ a pour conséquence d'élever le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$. Donc, une augmentation du rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ indique une insuffisance des échanges au niveau des reins. Claude et Balthazard ont établi une table indiquant ce que doivent être ces échanges. Lorsque, par exemple, $\frac{\Delta \times V}{P}$ est 4.500, le rapport $\frac{\Delta}{\delta}$ doit être 1.90 : si vous trouvez 2 ou 3, concluez à l'anormal.

Je vous ai dit que la première et la deuxième formules fournissaient de bonnes indications. Que vaut la troisième ? Est-il juste de conclure que, si $\frac{\Delta}{\delta}$ est trop élevé, il existe une insuffisance rénale ? Eh bien, en pratique, il ne faut pas attacher une trop grande importance à cette troisième formule ; elle tromperait. Je n'insiste pas sur ce point : la théorie de Koranyi, sur laquelle elle est fondée, est d'ailleurs fausse.

Si l'on compare sur un grand nombre de malades les résultats de la cryoscopie avec ceux des autres procédés, on trouve que, d'une manière générale, dans les 2/3 des cas, les deux premières formules cryoscopiques donnent des indications justes. Ces deux premières formules (abstraction faite de la troisième) ont une valeur pratique réelle, précisément dans les circonstances difficiles. Jointes aux autres méthodes, elles permettent d'avoir une presque certitude clinique.

Chez notre malade, nous voyons les chiffres de l'analyse chimique, du bleu et de la cryoscopie concorder. Nous pouvons avoir confiance. S'il y avait discordance, nous serions plus méfiants. Voici, par exemple, un autre malade, prostatique également, atteint de phénomènes de rétention d'urine depuis 7 ans. Il a une prostate énorme et demande à être opéré. Il a l'air d'être dans de bonnes conditions générales : le cœur, les poumons sont sains, l'élimination du bleu est satisfaisante mais il a un peu de polyurie (1.700 gr.) et 13 gr. 10 seulement d'urée. Chez les vieillards, vous le savez, la quantité d'urée est moindre : cependant, il ne faut pas, à cet âge, descendre au-dessous de 15 à 16 gr. L'élimination des chlorures est bonne ; par contre il y a un peu d'albuminurie. Cette petite albuminurie, la diminution de l'urée, montrent un rein déjà atteint. Nous avons ici d'un côté un bleu satisfaisant, de l'autre une analyse d'urine moins bonne : voilà un cas où la cryoscopie devient vraiment nécessaire. Nous l'avons faite et nous

avons obtenu des chiffres très mauvais : $\frac{D \times V}{P} = 1.800$, au lieu du minimum 3.000 ; $\frac{\delta \times V}{P} = 1.479$ au lieu de 2.000. D'ailleurs Δ simple est de — 0,54, au lieu de — 1,50. Tous ces chiffres sont donc insuffisants et très au-dessous de la normale. Aussi, n'opérerai-je pas avant d'avoir pratiqué un nouvel examen. Ici, le bleu est bon, ce qui prouve qu'il ne faut pas se fier à une seule méthode.

A côté de la cryoscopie appliquée à l'examen des urines, il a été fait grand bruit, en Allemagne surtout, sur les résultats que peut procurer la cryoscopie du sang. Je vous mentionnerai les travaux de Dreser, de Koranyi, à l'étranger, de Mulon, en France. A l'état normal le point de congélation du sang — le même que celui du sérum — a une fixité remarquable de — 0,56. On ne rencontre pas ici les grands changements observés pour l'urine ; que le sujet urine peu ou beaucoup, qu'il transpire ou non, le point est invariable. D'ailleurs, vous savez que la constitution du sang est une des choses les plus fixes de l'organisme. Lorsque les reins sont insuffisants, on observe, selon Kümmel, un chiffre de — 0,58 à — 0,60. Toutes les fois que le point de congélation du sang arrive à — 0,58, on serait certain, d'après cet auteur, d'une insuffisance rénale. A — 0,60, il y aurait lésion assez grave pour que la néphrectomie ne soit pas faite. Si cela était confirmé, l'importance d'une telle donnée serait énorme, en pratique. Kümmel est allé plus loin. Pour lui, lorsque les lésions sont unilatérales, on ne voit pas le point monter. S'il monte, c'est que les lésions sont bilatérales.

Qu'y-a-t-il de juste et de vrai dans ces derniers principes ? En réalité, on ne saurait les adopter sans de sérieuses réserves. Dans la généralité des cas, mais non toujours, si le point cryoscopique du sang arrive à — 0,59, — 0,60, on peut penser à une insuffisance rénale. Je dis : mais non toujours, car cela se voit aussi dans d'autres conditions, le diabète, des états asphyxiques, etc. Quant à définir des lésions uni ou bilatérales par la cryoscopie du sang, cela est complètement faux. On voit fréquemment le point de congélation s'élever lorsqu'il y a une grosse tumeur unilatérale. Je ne me lasserai pas de le répéter. Ce n'est que par la séparation des urines que l'on arrive à reconnaître l'état fonctionnel d'un seul rein.

Par les procédés dont je vous ai parlé, on peut avoir une idée de la constitution et du fonctionnement des reins en général. Mais ces procédés sont incapables d'apprécier la valeur, l'état d'un rein par rapport à l'autre.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CHIRURGIE INFANTILE

Kyste séreux congénital sus-claviculaire.

Par le Dr A. Broca,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Vous avez sous les yeux depuis plus d'un mois au n° 33 de la salle Molland, un garçon de 3 ans, que j'ai opéré le 25 septembre pour un kyste congénital multiloculaire de la région claviculaire gauche, chez lequel vous observez des accidents assez spéciaux qui ont débuté dix jours après l'acte chirurgical. Je voudrais vous signaler ces accidents, après vous avoir donné toutefois quelques renseignements sur un examen clinique toujours utile à préciser, d'autant mieux que, sur ce malade en particulier, une erreur de diagnostic a été commise par quelqu'un d'assez expérimenté.

Cet enfant, bien portant, malgré quelques accidents intestinaux inhérents à l'élevage au biberon, présente depuis sa naissance une tumeur stationnaire, c'est-à-dire plutôt dont l'accroissement paraît avoir été proportionnel à celui du sujet. Cette tumeur, à limites diffuses, forme au-dessus, au-devant et au-dessous de la clavicule une tuméfaction aplatie, soulevant la région à peu près sur l'étendue d'une pièce de 5 fr. A la palpation, sa consistance est molle, avec cependant quelques nodosités dures à la partie supérieure. La peau, de consistance et de coloration normales, n'est pas adhérente à la tumeur.

Ce malade m'a été présenté comme atteint d'un lipome congénital, en particulier à cause de la consistance grenue constatée au creux sus-claviculaire ; mais tout de suite j'ai contesté ce diagnostic. D'abord, en effet, le lipome congénital étant fort rare, vous n'y devez songer qu'en dernière analyse, et si les signes locaux sont caractéristiques. Or, ici, les signes étaient nettement ceux d'une lésion congénitale beaucoup plus fréquente, ceux d'un kyste congénital, séreux, multiloculaire. C'est toujours le diagnostic que vous devez porter pour les tumeurs à limites diffuses, où vous sentez des grains durs enchâssés dans une gangue comme œdémateuse. Car vous n'avez pas, chez notre malade, la consistance grenue superficielle des lobules lipomateux, mais bien celle, je vous le répète, de petits grains durs, agglomérés en une région de la tumeur dans notre cas particulier, quelquefois disséminés un peu partout. Cela tient sûrement à ce qu'au-dessous de la clavicule se sont formées une ou plusieurs poches vastes et mal tendues, à parois minces, tandis qu'au-dessus, les nodules de lymphangiome sont restés à l'état de petites masses dures, remplies soit de liquide très tendu, soit d'amas cellulaires.

D'ailleurs, au lipome comme au kyste multiloculaire convient la même thérapeutique : l'extirpation, en sachant que pour le kyste elle est d'ordinaire plus difficile, en raison des connexions de la tumeur avec les gros vaisseaux ; en sachant aussi que, tout en étant bénigne, l'opération expose à une complication secondaire dont notre malade nous a offert un exemple.

J'ai donc enlevé la tumeur le 28 septembre, à travers une incision oblique, parallèle au grand axe. J'ai trouvé au-dessous de la clavicule une grande poche kystique cloisonnée, contenant du liquide citrin, adhérente à l'aponévrose du grand pectoral et se propageant entre le muscle et le deltoïde jusqu'à la gaine des vaisseaux axillaires. Tout autour étaient des grains kystiques agglomérés, abondants surtout, comme l'examen clinique le faisait prévoir, au-dessus de la clavicule au-devant de laquelle passait la poche principale. La plaie fut réunie sans drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples : comme pendant les jours précédents la courbe thermique resta entre 37°2 et 37°4, et lorsque le

malade fut pansé, au 8e jour, la réunion immédiate était obtenue ; mais sous la cicatrice existait une collection fluctuante, et deux jours plus tard, une fois le fil enlevé, il s'écoula de la sérosité citrine par l'angle inférieur de la plaie. Le 9 août, la température monte un peu, à 38° le matin, à 38°6 le soir ; un drain fut mis dans la plaie ; le 10, elle fut de 39° le matin et de 41° le soir, pour rester à 40° le lendemain, matin et soir. Et à la visite du matin, je constatai une lymphangite diffuse tout autour de la cicatrice, avec rougeur et induration assez large tout autour.

La plaie fut alors désunie, et couverte d'un large pansement humide : elle mit après cela un mois à se cicatriser, la rougeur périphérique et l'induration diminuant peu à peu, mais lentement, et la température continuant à subir des oscillations irrégulières sans que l'état général semblât péricliter.

C'est de cette complication secondaire que je désire vous entretenir, car vous y êtes certainement exposés après l'ablation des lymphangiomes kystiques. Des pansements répétés, à l'hôpital surtout, donnent facilement lieu à un peu d'infection, et vous êtes ici en présence d'une plaie particulièrement susceptible. Vous savez, en effet, que dans ces tumeurs l'extirpation complète est impossible : ce qui reste s'atrophie sans peine, sans doute par sclérose post-opératoire ; mais en attendant, c'est une véritable éponge lymphatique. Déjà il n'est pas rare qu'avant toute opération, des phénomènes d'infection, hématogène sans doute, viennent compliquer les lymphangiomes kystiques. Combien sera-ce plus facile s'il existe une ouverture de la peau. D'où l'inconvénient de drainer ces plaies, l'orifice du drain permettant, au premier pansement, les ascensions microbiennes ; et si on ne draine pas on est exposé à ce que nous avons observé ici. La lymphe exsude en abondance, avec un peu de sang, si la cavité post-opératoire ne peut être comprimée solidement, ce qui est notre cas actuel, et cette collection peut s'infecter secondairement, par les orifices et des points de suture.

L'infection fut médiocre, jamais il n'y eut suppuration véritable, mais écoulement assez abondant d'une sérosité qui resta citrine. Il n'y en eut pas moins des poussées fébriles, des rougeurs avec induration autour de la plaie désunie, un retard important dans la cicatrisation. Tout cela, me direz-vous, n'aurait pas eu lieu si le premier pansement avait été strictement aseptique. Je le concède, mais cela vous apprend, pour le moins, qu'en pareille occurrence vous devez redoubler de précautions parce que vous êtes exposés à des ennuis.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Accidents et inconvénients de la Rachsitovaïnisation

Par M. Le Filliatre,

Chirurgien de l'Infirmerie centrale des Prisons et du Dispensaire chirurgical du Kremlin-Bicêtre.

En juillet 1906, je publiais à la Société médicale du IXe arrondissement de Paris et à la Société médicale des Praticiens, que si je n'avais pas remplacé, dans ma pratique, la cocaïne par la stovaïne déjà si en vogue, c'est que l'observation clinique m'en avait complètement détourné, et je me contentais alors de vous soumettre les 8 seuls cas de rachistovaïne, que j'avais pratiqués dans mon service de l'Infirmerie Centrale des Prisons et dont les observations avaient été prises par M. Singer, interne du service.

Les phénomènes subjectifs et objectifs que je relevais alors à la charge de la stovaïne me l'avaient fait abandonner, n'obtenant pas avec ce produit un résultat aussi parfait, je veux dire uns immunité aussi absolue que celle que nous obtenions déjà depuis longtemps avec la cocaïne employée suivant notre technique.

Je me félicite aujourd'hui d'avoir été prudent et de n'avoir pas continué à substituer dans ma technique la stovaïne à la cocaïne, car j'aurais peut-être eu à mon tour à enregistrer, sans parler des inconvénients, des accidents irréparables.

Depuis, si, en France, la stovaïne, bien que combattue déjà par quelques-uns en tant qu'action anesthésique, jouit toujours d'une vogue bien imméritée, à l'étranger, par contre, et en Allemagne en particulier, où la rachicocaïnisation, et la rachistovaïnisation sont de pratique encore plus courante qu'en France, les méfaits relevés et publiés à la charge de la rachistovaïne sont déjà assez nombreux pour me permettre aujourd'hui de porter à votre connaissance tous ceux qu'il m'a été permis de relever jusqu'à ce jour.

Tenant à ne pas abuser de votre attention, je me contenterai de vous donner un résumé des accidents causés par la rachistovaïne, chacun pourra se reporter ensuite à la bibliographie, s'il désire de plus amples renseignements.

Ces accidents se traduisent en général par des *paralysies diverses* pouvant parfois être suivies de mort.

En dehors des cas de mort relatés par Dönitz, Chaput, Schwarz et Sonnemburg, qui ne peuvent sincèrement être attribués à la rachistovaïne Kœnig, dans le *Munchner Medicinische Wochenschrift*, n° 23, 1906, rapporte le cas d'un homme âgé de 35 ans, jusqu'alors toujours bien portant, qui fut rachistovaïné pour une suture de la rotule. Après l'injection de stovaïne, l'analgésie est complète et on constate, avec une paralysie de la vessie et du rectum une paraplégie des membres inférieurs. Ces phénomènes paralytiques persistèrent et entraînèrent la mort, 3 mois après l'injection lombaire. A l'autopsie, on trouva des adhérences épaisses de la dure-mère aux cordons de la moelle, depuis la IXe vertèbre dorsale jusqu'à la terminaison de la moelle. Ces adhérences manquaient sur une petite étendue au niveau du point de l'injection lombaire. De plus, il existait des ramollissement de la moelle au niveau des adhérences.

Après ce cas de Kœnig, il y a lieu de mentionner un nouveau cas de mort et deux cas de paraplégie, dont les observations ont été prises par Bosse, privat-docent à la Clinique chirurgicale de la Charité de Berlin, dans le service du Professeur Hildebrandt et publiées dans les *Archives fur Chirurg.*, 1905, volume 77.

Bosse rapporte que sur 55 rachistovaïnisations, ils ont eu à enregistrer 1 cas de mort après paraplégie prolongée et 2 cas de paralysie des membres inférieurs, qui durèrent pendant plu-

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

Fin décembre ou commencement de janvier, le monsieur vient chez moi. Il me dit qu'il va très bien, mais qu'il trouve la note élevée et demande une réduction.

Il me dit qu'il comptait sur huit cents francs. Cela se tournait alors à du marchandage.

Il y avait à ce moment là près de trois mois qu'il était opéré.

Ne voyant rien venir, j'ai envoyé une seconde fois une note pour moi et mon confrère de C., note se montant à six cent cinquante francs en lui disant qu'il s'arrange pour la note avec son médecin.

Il n'a pas répondu à cette note, mais il a écrit à son médecin que, la hernie ayant reparu, il ne paierait rien du tout.

Que s'est-il passé depuis sa visite chez moi? Je l'ignore. Mais je sais que cet homme transporte des balles de coton de 200 kilos je sais également qu'il a eu, ces temps derniers, un accident, le bout d'un doigt pris, je crois, dans un engrenage. A-t-il fait des efforts hors de proportion avec son état ? C'est à peu près certain.

Que devons-nous faire en la circonstance?

Il me semble que le bon droit est de notre côté, d'autant plus que nous lui avions offert de l'envoyer à R. à la clinique du Dr R. et c'est bien lui qui a préféré être opéré chez lui par nous.

Réponse. — Il nous parait fâcheux que vous n'ayez pas maintenu la note globale avec ce pauvre médecin traitant car quand on vous aura payé (peut-être avec réduction si cela passe par le tribunal) lui ne parviendra plus préalablement à obtenir ce qui lui est dû.

La faute est commise: poursuivez sans vous préoccuper de ce que la hernie s'est reproduite, car ceci arrive fort souvent sans qu'il y ait la moindre faute opératoire, si surtout l'opéré se livre à de grands efforts, ne porte pas de bandage, ne prend aucune précaution.

Dr C., à P. à *Concours*. — Je viens vous demander vos conseils bienveillants au sujet de deux affaires.

1° J'ai soigné un blessé

Suite page X

sieurs mois. La quantité de stovaïne injectée variait de 6 centig. à 8 centigr., ; cette dose était également celle employée par Kœnig.

Le Dr Guiart, à la suite de la dernière communication que je faisais à la Société médicale du IXe arrondissement, au sujet de ma technique de rachicocaïnisation, nous rapportait 3 cas d'anesthésie lombaire, avec accidents paraplégiques et mort dans un cas se rapportant à 3 malades de la clientèle d'un de nos confrères de Paris, qui les avait fait opérer par un chirurgien des plus compétents. Après une enquête minutieuse, j'ai été des plus heureux d'apprendre que ces 3 cas, étaient 3 cas de rachistovaïne et *que la cocaïne était de ce fait mise hors de cause.* Dans les deux premiers cas, il s'agit de deux ouvriers rachistovaïnisés, et qui présentent, aussitôt l'injection, une paralysie des membres inférieurs ; cette paralysie persiste et, chez le premier de ces deux malades, se termine quelque temps après par la mort. Le 3e cas était celui d'une femme atteinte d'une affection chirurgicale d'un sein, qui est également paraplégique aprè; l'opération, mais cette paraplégie guérit après plusieurs mois de traitement. Les doses de stovaïne employées varient, je crois, de 6 à 8 centigrammes.

A ces 3 cas de mort et ces 6 cas de paraplégie que nous relevons à la charge de la rachistovaïne, j'ajouterai un cas, rapporté par Trantenroth dans le *Deutsche Medicinische Wochenschrift* de 1906, no 7, de paralysie partielle de la jambe droite, qui persista pendant 9 semaines et consécutive à des phénomènes très graves de collapsus dus à une injection intra-rachidienne de 4 centigr., de stovaïne et de 5 milligr. d'adrénaline chez une femme en travail.

Au lieu de se porter sur les membres inférieurs, dans certains cas, les phénomènes de paralysie consécutives à des injections rachidiennes de stovaïne affectent seulement les muscles de la respiration.

Dœnitz dans le *Muncher Medicinische Wochenschrift*,1906, no 28, rapporte un cas, où après une injection de 4 centigr. de stovaïne, on a dû faire pendant 5 minutes la respiration artificielle.

Grieffenhagen, dans le *Zentrablatt für Gynæcologie*, nos 16, et 23, rapporte 2 cas; dans l'un après une injection de 8 centigr. de stovaïne, on a dû faire 10 minutes de respiration artificielle. Dans l'autre, après injection de 10 centigr. de stovaïne on a dû faire 15 minutes de respiration artificielle.

Sandberg, dans ce même *Zentrablatt für Gynæcologie*, no 16, rapporte un cas dans lequel, après une injection de 7 centigr. de stovaïne, on a dû faire 25 minutes de respiration artificielle.

Lang, enfin dans le *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, no 16, 1906, rapporte plusieurs cas analogues non détaillés.

Ces accidents paralytiques, qui se manifestent tantôt par des phénomènes de paraplégie pouvant être suivis de mort, par des parésies vésicales ou rectales, par des paralysies portant sur les muscles de la respiration, peuvent encore frapper parfois d'autres muscles de l'organisme tels que ceux des yeux.

Lœser dans le *Medicinische Klinik*, no 10, 1906, rapporte un cas survenu à la clinique du Professeur Israël, de Berlin, où après 4 centigr. de stovaïne en injections intra-rachidiennes chez un homme de 45 ans, atteint d'hémorrhoïdes, il survint, 12 jours après, des accidents de paralysie des muscles abducteurs de l'œil gauche qui persistèrent dans la suite.

Adam, dans le *Munchener Medicinische Wochenschrift*, no 9, 1906, rapporte le cas d'une femme de 25 ans, entrée à la Clinique pour salpingite et qui après 4 centigr. de stovaïne et 1 milligr. 3 d'adrénaline en injection lombaire présente, au 12e jour, de la paralysie des muscles abducteurs de l'œil gauche, toujours persistante, dit l'auteur. Dans ces 2 cas, les sujets furent toujours bien portants avant leur entrée à l'hôpital et étaient absolument indemnes de toute affection nerveuse.

Rœder, dans le *Munchener Mediciniches Wochenschrift*, no 23, 1906, rapporte également 2 cas de paralysie des muscles abducteurs de l'œil gauche.

Schrœter, dans sa thèse inaugurale de Kœnigsberg, 1906, intitulée *Beiträge zur Rachistovaïnisierung*, et dont vous trouverez des extraits dans le *Zentrabl. fur die gesammte Therapie*, janvier 1907, volume 1, page 27, rapporte que sur 86 cas de rachistovaïnisation lombaire, pratiqués à la Clinique chirurgicale de Kœnigsberg, il y eut anesthésie dans 73 cas seulement, que, dans 2 cas il y eut paralysie des muscles de l'œil, dans 7 cas des phénomènes d'intoxication apparaissant immédiatement après l'injection intrarachidienne de stovaïne et, que dans 29 cas, de semblables phénomènes d'intoxication firent leur apparition du 1er au 8e jour.

Voici les accidents que j'ai pu connaître chez les autres et causés par la rachistovaïne ; aussi, comme je vous le disais au commencement de cette communication, je me sens plutôt mieux, aujourd'hui, d'avoir abandonné la stovaïne après l'avoir essayée dans 8 cas seulement, alors qu'un instant j'avais songé à la substituer à la cocaïne, poussé que je l'étais, comme tout le monde alors, par les effets thérapeutiques merveilleux que l'on attribuait à ce médicament et par pur snobisme, j'en suis convaincu à présent.

Si vous vous reportez aux 8 observations de rachistovaïne que je publiai en juillet 1905 (1), vous verrez facilement qu'après cet essai clinique des plus consciencieux, où je n'avais, fort heureusement, jamais dépassé la dose de six centigrammes, j'ai eu pleinement raison d'abandonner la stovaïne et que l'impotence fonctionnelle, presque constante, le peu de durée de l'analgésie et son inconstance, les troubles circulatoires, la faiblesse et la rapidité du pouls, la cyanose de la face et des extrémités, l'affaiblissement intellectuel, l'abattement et l'état syncopal du malade, le relâchement des sphincters, la céphalée et la rachialgie légères, et la température quelque peu élevée que l'on rencontrait parfois, étaient loin de me faire partager l'avis de MM. Kindergie et Burgaud, qui écrivaient dans la *Presse Médicale* du 31 mai 1905 que la rachistovaïnisation était appelée à « révolutionner la chirurgie ». En outre de ces accidents, qui souvent sont très graves, j'attire encore votre attention sur les échecs d'anesthésie dus à la stovaïne ; qu'il me suffise de rappeler que Chaput rapportait à la Société de chirurgie, en janvier 1906, que ses échecs avec la rachistovaïne étaient de 9 %.

(1) Bulletin de la Société médicale du IXe arrond., juillet 1905.

Enfin, nous savons tous, aujourd'hui, que l'anesthésie par la stovaïne s'accompagne toujours de paralysie, ce qui l'a fait employer par le Professeur Wilms, de la Clinique chirurgicale de Leipzig, pour guérir des contractures hystériques (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1906 nº 24, page 954), et qu'en outre le *chlorhydrate de stovaïne à réaction acide est précipité par les alcalis et, ainsi que j'ai pu le constater, par le liquide céphalo-rachidien.* Comme le Dr Karl Kröner, de l'hôpital Moabit, de Berlin, service du Professeur Klemperer (*Die Therapie der Gegenwart*, juillet 1906, page 313), nous avons constaté que ce trouble produit dans la solution de stovaïne, par le liquide céphalo-rachidien, est constitué au microscope par de fines gouttelettes huileuses, qui probablement sont constituées par la base libre.

Avec le Dr Karl, nous sommes convaincus que cette précipitation de la stovaïne doit se produire dans le canal rachidien où le liquide est suffisamment étendu et alcalin. Que deviennent alors les produits de décomposition du chlorhydrate de stovaïne ?

Le Dr Karl Kroner, dans la *Therapie der Gegenwart* de juillet 1906, nous fait également remarquer que, dans le service du Dr *Klemperer, on est revenu à la cocaïne pure et que,* 2 *à* 3 *minutes après l'injection, on laissait couler* 5 *à* 10 *cc. de liquide céphalo-rachidien et que, par cette méthode, ils évitent les troubles secondaires de l'anesthésie lombaire.*

Comme vous le savez, et bien avant nos confrères d'Outre-Rhin, depuis 5 ans bientôt, je laisse écouler de 10 à 30 cc. de liquide céphalo-rachidien avant l'injection de cocaïne et, comme nos voisins, je suis pleinement satisfait de ce mode d'analgésie que j'emploie quotidiennement, toujours sans échec et sans ennuis, quel que soit l'âge du sujet, dès l'instant qu'il est raisonnable, quel que soit son état général.

Par ce travail, je n'ai nullement eu l'intention de faire le procès de la stovaïne, mais simplement de mettre sous les yeux du corps médical des faits avec une bibliographie, qui permettra à chacun de s'éclairer davantage dans le cas où il ne connaîtrait pas les accidents et les inconvénients auxquels il s'expose, en se servant de la stovaïne comme analgésique lombaire.

(*Bulletin de la Société médicale du IXe arrondissement de Paris.*)

CHRONIQUE DE MÉDECINE SOCIALE

Un nouveau groupement professionnel

Dans le *Concours* du 14 avril, nous faisions remarquer que, pour défendre leurs intérêts spéciaux, les médecins et chirurgiens des hôpitaux avaient les Sociétés des médecins et des chirurgiens des hôpitaux ; que les anciens internes avaient la Société de l'Internat; que les médecins de l'Assistance à domicile ont la Société médicale des bureaux de bienfaisance; que les médecins des écoles ont leur société également. Seuls, les médecins de quartier, qui n'ont aucune fonction officielle, n'avaient aucun organe de défense. On ne peut dire, en effet, que le Syndicat de la Seine remplissait ce but puisqu'il comprend des médecins de villes d'eaux, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des médecins des bureaux de bienfaisance, etc., etc., médecins de toutes catégories qui ont souvent des intérêts opposés aux médecins sans attributions officielles.

Cette lacune va être comblée, car il se forme un nouveau groupement médical exclusivement composé de médecins vivant surtout de la clientèle de quartier et ne voulant à aucun prix devenir des médecins fonctionnaires, groupement dans lequel les médecins ayant des attaches et des intérêts dans le monde officiel ne seront admis qu'à titre exceptionnel. Voici le projet de statuts de ce nouveau groupe.

ASSOCIATION DÉMOCRATIQUE DES MEDECINS PRATICIENS DE LA SEINE.

Comité de défense des droits du malade et du médecin.

TITRE PREMIER.

But et conditions d'admission.

Art. 1er.—Sous le régime de la loi du 1er juillet 1901 sur le contrat d'association, il est constitué entre tous ceux qui rempliront les conditions requises par les articles 4, 5 et 6 des présents statuts et qui y adhéreront par écrit signé une association dénommée : « Association démocratique des Médecins Praticiens de la Seine ».

Cette association sera, dans un délai de 3 mois à partir de sa constitution définitive, déclarée conformément à l'article 5 de la loi visée au précédent paragraphe.

Cette association ne comprend que des membres actifs et n'admet point de membres honoraires.

Art. 2.— L'Association fixe son siège au domicile de son secrétaire. Ce siège pourra être changé par décision du Conseil d'administration.

Art. 3.— L'Association a pour but : 1º de grouper les médecins de quartier ou de banlieue et les médecins spécialisés qui vivent des ressources que leur apporte, par des honoraires modestes, une clientèle peu fortunée ;

2º De poursuivre par tous les moyens légaux l'obtention, pour tout citoyen riche ou pauvre, du droit d'être soigné par tout médecin ayant sa confiance, et pour tout médecin le droit de soigner tout malade qui voudrait réclamer ses soins ;

3º De veiller à la stricte application des règles de la déontologie en tout lieu par les médecins de toute catégorie ;

4º De coopérer en général à la défense des intérêts moraux et matériels de la profession médicale ;

5º Enfin d'étudier toute question relative aux conditions de l'amélioration de la vie sociale des individus.

Art. 4.— Peuvent seulement en faire partie, sous les restrictions portées aux articles 5 et 6 des présents statuts, toutes personnes de nationalité française, pourvues du diplôme de docteur en médecine délivré par une faculté de médecine de l'Etat français ayant fait enregistrer ce diplôme conformément à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et inscrite sur les rôles des patentes du département de la Seine comme exerçant en fait la profession de médecin.

Art. 5.— Ne peuvent faire partie de l'Association

en raison de son but expliqué ci-dessus à l'article 3.
1° Les professeurs de la Faculté de médecine ;
2° Les agrégés de la Faculté de médecine, en exercice ou non.
3° Les membres nommés au concours des services médicaux hospitaliers de l'Etat, du Département de la Seine et de la Ville de Paris.

ART. 6. — Le nombre des sociétaires remplissant soit la fonction de médecin de l'Assistance publique à domicile (médecins dits du bureau de bienfaisance), soit celle de médecin inspecteur des écoles, ou ayant été internes des hôpitaux, hospices ou asiles publics d'aliénés dépendant de l'administration de l'Assistance publique ne pourra, dans la présente Association excéder le chiffre global de trente pour cent, au moment où leur admission provisoire est prononcée par le conseil d'administration.

TITRE II.

MODE D'ADMISSION. DROITS ET DEVOIRS DES SOCIÉTAIRES. DÉMISSIONS. EXCLUSIONS.

ART. 7. — Toute personne ayant la possibilité de faire partie de l'Association, telle que cette possibilité résulte des articles 4, 5 et 6 des présents statuts, et qui désire en faire partie, adresse une demande à cet effet au secrétaire, lequel en donne lecture à la plus prochaine réunion du conseil d'administration qui suit la réception de cette demande.

Cette demande indique en outre le nom d'un sociétaire ayant plus de deux ans de sociétariat, qui devra représenter les intérêts du candidat dans la commission d'admission prévue à l'article 9.

ART. 8.— Le conseil, saisi de la demande d'admission, nomme dans son sein un membre destiné à soutenir les intérêts de l'Association.

ART. 9. — Le membre du conseil d'administration désigné en conformité de l'article 8 et le sociétaire désigné par le candidat en conformité de l'article 7, désignent d'un commun accord un troisième sociétaire qui se réunira à eux pour former une commission dont le devoir sera de présenter au conseil d'administration un rapport sur la candidature.

Cette commission est présidée par celui des sociétaires pris au sein du conseil et désigné par lui.

ART. 10. — Faute par les deux premiers commissaires de se mettre d'accord sur le choix du troisième, ce troisième est désigné au sort parmi les cinq membres de la commission des finances, nommés à la dernière assemblée générale.

ART. 11. — Dans les 20 jours au plus qui suivent sa constitution, la commission adresse au secrétaire son rapport, dont ce dernier donne lecture au conseil au cours de la plus prochaine séance qui suit l'envoi de ce rapport.

Si ce rapport est estimé par le conseil insuffisant pour éclairer sa conscience, il est renvoyé aux commissaires pour le compléter.

ART. 12. — Lorsque le conseil s'estime suffisamment éclairé par le ou les rapports de la commission ci-dessus prévue, il est voté par les conseillers présents à la séance par *oui* ou par *non*, au bulletin secret sur l'admissibilité du candidat.

Tout candidat n'ayant pas obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, voit sa candidature rejetée, sans qu'il lui soit possible de faire appel devant l'assemblée générale ou devant aucun tribunal.

Tout candidat ayant obtenu la majorité des suffrages entre provisoirement au nombre des sociétaires, son admission ne devient définitive qu'après ratification de la décision du conseil par l'assemblée générale.

ART. 13. — Lorsqu'un candidat au sociétariat n'a pu obtenir du conseil d'administration son admissibilité, toutes les formalités déjà faites sont annulées.

Ce candidat ne peut renouveler sa demande d'admission qu'un an après qu'il a formulé la demande repoussée.

ART. 14. — Le secrétaire adresse au candidat dans les 8 jours qui suivent le vote du conseil sur son admissibilité, un pli recommandé l'informant du résultat de ce vote.

ART. 15. — Le candidat déclaré admissible par le conseil, entre dès l'instant en possession des mêmes droits et est soumis aux mêmes devoirs que les autres sociétaires; droits et devoirs cessent pour lui à partir du jour de l'assemblée générale qui n'aurait pas ratifié la décision du conseil.

ART. 16. — Les droits et devoirs des sociétaires découlent naturellement de l'objet de l'Association tel qu'il est défini à l'article 3.

ART. 17. — Tout sociétaire nommé à l'une des fonctions énumérées à l'article 5 doit, dans le mois qui suit cette nomination, en donner avis au secrétaire.

Il cesse de plein droit à dater du jour de la dite nomination de faire partie de l'Association et il est immédiatement rayé des contrôles par le secrétaire.

ART. 18. — Tout sociétaire désirant cesser de faire partie de l'Association adresse sa démission par lettre recommandée au secrétaire. Ce dernier le fait de suite rayer des contrôles.

ART. 19. — Lorsqu'un ou plusieurs sociétaires croient avoir à se plaindre d'un des autres membres de l'Association, ils en avisent le conseil par l'intermédiaire du secrétaire.

Ce dernier convoque les intéressés pour la plus prochaine séance du conseil, lequel les entend et peut prononcer contre eux l'avertissement, le blâme ou l'exclusion.

Ces pénalités prononcées par le conseil ne sont justiciables d'aucun recours devant aucune juridiction, elles ne sont exécutoires que lorsque douze des membres les ont votées en assemblée du conseil.

TITRE III

COTISATIONS, AMENDES. RESPONSABILITÉS JUDICIAIRES.

ART. 20. — La cotisation annuelle due par les sociétaires est fixée en principe à six francs; elle part du 1er janvier de chaque année.

Les assemblées générales peuvent à la majorité des suffrages exprimés en modifier le montant.

Quelle que soit la date d'entrée ou de sortie de l'Association d'un sociétaire la cotisation est due entière pour l'année où ce sociétaire entre dans l'Association ou bien en sort.

ART. 21. — Est passible d'une amende de 25 fr. tout sociétaire, membre du Syndicat des médecins de la Seine, qui s'abstient de prendre part aux votes dans les assemblées générales du Syndicat.

25 fr. tout sociétaire qui n'exécute pas, sauf cas de force majeure, un mandat à lui confié par ses cosociétaires ou le conseil d'administration.

5 fr. tout membre du conseil qui est absent lors de l'ouverture d'une séance du conseil, ou qui, présent lors de l'ouverture ne prend pas part aux votes.

5 fr. tout sociétaire absent aux assemblées générales de l'Association.

Ces amendes sont prononcées dans les mêmes con-

ditions que les pénalités prévues à l'article 19, dernier paragraphe.

ART. 22. — Tout membre de l'Association s'interdit de rechercher judiciairement un ou plusieurs sociétaires ou même l'Association en raison des actes accomplis en exécution des présents statuts ou qui n'en seraient que la conséquence quelle que soit la publicité que ces actes aient eue.

TITRE IV

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES. — MODIFICATIONS DES STATUTS. — DURÉE ET DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION.

ART. 23. — Tous les ans, quinze jours avant l'assemblée générale ordinaire du Syndicat des médecins de la Seine, l'Association démocratique des médecins praticiens de la Seine se réunit en assemblée générale ordinaire.

L'ordre du jour de cette assemblée comprend obligatoirement et dans l'ordre ci-dessous :

1° La délibération et le vote sur l'admission des nouveaux membres. Ces nouveaux membres ne peuvent prendre part à aucun des scrutins qui ont lieu au cours de l'assemblée générale qui a prononcé leur admission ;

2° Les élections nécessaires des membres du conseil d'administration en conformité des articles des statuts régissant cette matière ;

3° La nomination de la commission des finances;

4° La lecture des rapports que le conseil aura chargé tel ou tel des sociétaires de présenter sur les questions intéressant l'Association, la discussion de ces rapports et le vote de conclusions ou résolutions destinées à les sanctionner ;

5° Le compte rendu fait par l'archiviste délégué ou son adjoint de l'action et de la vie de l'Association pendant l'année écoulée.

L'ordre du jour obligatoire étant épuisé, la parole est donnée pour dix minutes à tout sociétaire qui la demande pour développer des motions ou résolutions; le texte de ces motions ou résolutions devra être adressé au secrétaire un mois avant l'assemblée générale faute de quoi elles ne pourraient être mises aux voix.

Art. 24. — Dans les assemblées générales les votes ont lieu, sauf dispositions particulières contraires contenues dans les présents statuts, à la majorité relative, par appel nominal.

Peuvent seuls prendre part au vote les membres de l'Association ayant versé le montant de la cotisation de l'année courante et le montant des amendes dont ils auraient été frappés.

ART. 25. — Tout sociétaire qui désire faire partie du conseil d'administration ou de la commission des finances doit, pour être éligible, faire connaître au secrétaire son intention de se porter candidat par lettre recommandée, expédiée avant le 15 octobre de chaque année pour les élections suivantes de cette date.

En l'absence d'un nombre de candidatures suffisant, le conseil d'administration les provoque ou propose d'office des candidatures à l'assemblée générale.

Le secrétaire fait établir des bulletins de vote contenant la liste de tous les candidats par ordre alphabétique. Le conseil peut désigner à l'attention de l'assemblée générale, par des caractères spéciaux d'imprimerie ceux des candidats qui lui paraissent devoir remplir les fonctions de membre du conseil au mieux des intérêts de l'Association.

Lorsque le nombre des candidats dépasse celui des places vacantes, chaque votant raye sur son bulletin de vote un nombre de candidats tel que le nombre restant soit égal ou inférieur à celui des places à pourvoir.

Dans toutes les élections nécessaires au sein de la présente Association, si deux ou plusieurs candidats réunissent le même nombre de voix, les plus anciens sociétaires sont élus au détriment des plus jeunes ; la date de la lettre de demande d'entrée fixe cette ancienneté. Si deux ou plusieurs sociétaires ont la même annciennetée, celui qui a obtenu son diplôme le plus anciennement est élu au détriment des autres.

ART. 26. — Des assemblées générales extraordinaires sont convoquées par le conseil aussi souvent qu'il le juge nécessaire.

La réunion d'une assemblée générale extraordinaire a également lieu, sur demande écrite signée du quart des sociétaires adressée par lettre recommandée au secrétaire, dans les deux mois qui suivent l'envoi de cette demande.

ART. 27. — Les assemblées générales sont présidées par un président et deux assesseurs désignés par le conseil parmi l'universalité des sociétaires. Les procès-verbaux des assemblées générales sont signés par les 3 personnes ci-dessus indiquées et remis aussitôt leur rédaction à l'archiviste délégué aux relations extérieures.

ART. 28. — Les modifications aux présents statuts ne peuvent être discutées ni votées aux assemblées générales ordinaires ; elles sont réservées à des assemblées générales réunies dans cet unique but et inaptes à s'occuper d'autre question.

ART. 29. — La procédure à suivre pour la modification des statuts est la suivante :

1° Adresser une demande de modifications des statuts au secrétaire, signée du quart des sociétaires, et indiquant nettement quels textes doivent être supprimés, ou ajoutés, ou modifiés, et quel nouveau texte est proposé pour remplacer celui en vigueur ;

2° Le conseil saisi par le secrétaire qui le convoque de suite en réunion extraordinaire fixe dans le délai de 40 jours la date de la réunion de l'assemblée générale extraordinaire prévue à l'article 28 ;

3° L'assemblée générale ne peut discuter les textes; elle les vote par *oui* ou par *non* ;

4° Les deux tiers des membres présents doivent avoir exprimé un avis favorable pour que la modification proposée soit introduite aux statuts.

ART. 30. —La durée de la présente Association est illimitée.

ART. 31. — La dissolution de l'Association sera prononcée en assemblée générale, à la majorité des trois quarts des membres présents.

L'actif sera versé, suivant décision de cette assemblée prise à la majorité relative, dans une caisse de solidarité médicale.

TITRE V

CONSEIL D'ADMINISTRATION.— DURÉE DES POUVOIRS DE SES MEMBRES ET DES MEMBRES DU BUREAU. CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ ET DE RÉÉLIGIBILITÉ.

ART. 32. —L'Association est administrée par un conseil de 18 membres nommés conformément aux statuts par les assemblées générales ordinaires.

ART. 33. — Dans l'intervalle de deux assemblées générales ordinaires, s'il se produit au sein du conseil une ou plusieurs vacances par décès ou démission, le conseil pourvoit au remplacement des manquants en appelant comme membres du conseil des sociétaires de son choix, lesquels sont de ce fait investis des mêmes pouvoirs que les membres du conseil nommés à l'assemblée générale statutaire.

Les pouvoirs de cette catégorie de membres expirent le 1er janvier qui suit leur entrée au conseil.

ART. 34. — Le conseil choisit dans son sein :

Un archiviste, délégué aux relations extérieures et son adjoint ;

Un trésorier et son adjoint ;

Un secrétaire et son adjoint ;

Lesquels forment à eux six, un bureau permanent chargé de l'expédition des affaires.

ART. 35. — Le conseil se réunit ordinairement l'un des dix premiers jours de chaque mois, excepté en août et septembre mois où il ne se réunit pas du tout sauf sur convocation du secrétaire.

Il se réunit extraordinairement chaque fois que bon lui semble.

Quel que soit le nombre des membres présents, ses décisions sont valables pourvu qu'elles aient été votées par la moitié des membres présents.

Exception est faite pour les votes spéciaux prévus aux articles 19 et 21 des présents statuts.

ART. 36. — L'archiviste délégué aux relations extérieures de l'Association est chargé de la garde des archives, des relations avec la presse et les personnes étrangères à l'Association, de représenter partout l'Association, d'ester en justice à son nom comme mandataire de l'Association, après en avoir été autorisé par le conseil et de rédiger le *Bulletin* de l'Association dans le cas ou il en serait publié un.

ART. 37. — Le secrétaire est chargé de la rédaction des procès-verbaux, des correspondances, des convocations et d'ouvrir les séances du conseil.

Tout document ou rapport doivent lui être adressés.

Il signe tous les actes administratifs sous le couvert du conseil.

ART. 38.— Le trésorier centralise les fonds, rend compte tous les 3 mois de l'état de sa caisse au conseil. Il est dépositaire effectif et nominal des fonds sociaux et les emploie suivant les indications du conseil.

ART. 39. — Le conseil s'adjoint un ou plusieurs conseils ou judiciaires ou techniques.

Il peut aussi appeler avec voix consultative, à ses travaux toute personne qu'il juge apte à le seconder, sans cependant qu'aucune de ces personnes puisse être un docteur en médecine étranger à l'Association.

ART. 40. — Les séances du conseil sont privées ; il peut en être autrement toutes les fois que le conseil le décide.

ART. 41. — Les procès-verbaux des séances du conseil sont signés par le président de séance et les chargés de fonctions et leurs adjoints présents à la séance.

ART. 42. — Les votes du conseil ont obligatoirement lieu au bulletin nominal.

ART. 43. — Les pouvoirs des membres du conseil d'administration sont de 3 ans ; ils entrent en fonction le 1er janvier qui suit l'assemblée générale qui les a nommés.

ART. 44. — Ils ne sont rééligibles que lorsqu'il s'est écoulé une période de deux ans au moins entre l'époque où ils ont cessé d'être en fonction et celle où ils y rentreraient.

Les conseillers élus en vertu de l'article 33 par le conseil lui-même ne sont pas soumis à l'obligation du présent article.

ART. 45. — Lorsque au moment de l'assemblée générale, le nombre des membres du conseil d'administration à élire ne serait pas au moins de six, il est procédé au sein du conseil dans sa réunion qui précède l'assemblée générale à un tirage au sort qui a pour but de désigner un ou plusieurs conseillers dont les pouvoirs cesseront, de manière à permettre chaque année, l'entrée au conseil de six nouveaux membres au moins.

Les noms des membres du bureau ne participent pas à ce tirage au sort.

ART. 46. — Chaque fois qu'un des titulaires d'une charge du bureau, par suite du jeu régulier des statuts ou pour tout autre cause, l'abandonne il est de droit remplacé dans cette charge par son adjoint.

Le conseil nomme de suite un adjoint en remplacement de l'adjoint devenu titulaire.

ART. 47. — Les pouvoirs des membres titulaires du bureau sont de trois ans à dater du 1er janvier de l'année dans laquelle ils ont pris possession de leurs fonctions.

ART. 48. — De droit, les membres du bureau voient du fait de leur élection au bureau, les pouvoirs qu'ils tiennent en tant que conseillers de l'assemblée générale, prolongés de manière à ce qu'il n'expirent qu'au même instant qu'ils résilient leur charge statutairement ou par démission.

ART. 49. — Tout membre du bureau qui donne la démission de sa charge cesse en même temps d'être conseiller.

ART. 50. — Les adjoints demeurent au conseil en tant que conseillers et en charge, jusqu'à ce que les titulaires leur aient cédé la place.

ART. 51. — Lorsqu'au 1er janvier d'une année, aucun des titulaires des charges du bureau n'est arrivé à l'expiration de la durée du mandat de sa charge, le plus ancien titulaire de charge se retire.

Lorsque plusieurs titulaires de charge ont la même ancienneté, il est procédé à un tirage au sort pour désigner celui qui se retirera de manière à ce qu'au 1er janvier de chaque année, il y ait toujours au moins un nouveau titulaire de charge qui entre en fonctions.

TITRE VI.

FINANCES. — FONDS SOCIAL. — RECOUVREMENT DES COTISATIONS ET AMENDES. — CONTROLE.

ART. 52. — Le fond social est constitué par les cotisations annuelles, les amendes, les dons volontaires et les legs.

ART. 53. — Chaque année, l'assemblée générale nomme une commission des finances de 5 membres.

Ne peuvent faire partie de cette commission les membres du conseil et les anciens membres du conseil, sortis de fonctions depuis moins de 3 ans.

Un même sociétaire ne peut faire partie de cette commission plus de 2 ans de suite.

ART. 54. — Cette commission se réunit dans le courant du mois de janvier qui suit son élection sur convocation du trésorier, au lieu fixé par lui, afin d'examiner les comptes de ce dernier ; elle se fait représenter d'une façon effective l'actif de l'Association.

Cette commission établit un rapport collectif au nom de ses membres, signé d'eux, et l'adresse au secrétaire avant le 1er mars. Il en sera fait lecture à l'assemblée générale ordinaire suivante.

ART. 55.— Si l'assemblée approuve, sur le rapport des commissaires, les comptes du trésorier, cette approbation lui donne entière et définitive décharge pour la période de gestion qui fait l'objet de ce rapport.

Les commissaires doivent également signaler dans leur rapport tout ce qui leur paraît propre à améliorer les finances de l'Association.

ART. 56. — Si un ou plusieurs commissaires ve-

naient à ne pouvoir accomplir leur mandat, pour quelque cause que ce soit ; les commissaires restants choisiraient, pour les remplacer, un ou plusieurs sociétaires parmi ceux non frappés d'inéligibilité au moment de la dernière assemblée générale.

Art. 57. — Sitôt la réunion de la commission de contrôle des finances, il est rédigé en double exemplaire un procès-verbal de constat de l'état des finances ; l'un des originaux reste entre les mains du trésorier et devient sa propriété personnelle, l'autre est versé aux archives.

Art. 58. — Dans le plus bref délai après l'établissement de ce procès-verbal, le trésorier transmet à son successeur en fonction, s'il est arrivé au terme de sa charge, les espèces, titres, livres, etc., dont il est dépositaire et s'en fait délivrer un reçu en double exemplaire, l'un restant entre ses mains, l'autre allant aux archives.

TITRE VII

Dispositions particulières, pour assurer le fonctionnement de l'association dans sa période de début.

Art. 59. — Les articles 44 et 45 et 51 des présents statuts pourront ne pas être observés pour les conseils d'administration et les bureaux des années 1907 1908 et 1909, mais ils seront appliqués à partir du 1er janvier 1910, en sorte que le conseil en fonction pour 1910 devra comprendre six membres n'en ayant pas fait partie en 1908 et 1909 et le bureau un membre titulaire ne l'ayant pas encore été avant cette date du 1er janvier 1910.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Nous signalons à l'attention de nos Confrères le questionnaire suivant dont nous communiquerons les réponses à l'Office de l'exercice illégal.

Paris, le 15 mai 1907.

Monsieur et honoré Confrère,

A voir le nombre des plaintes et de demandes de renseignements qui parviennent à « l'Office » au sujet des commis-voyageurs médicaux possesseurs ou non du diplôme de docteur en Médecine, il semble bien qu'il y ait là un véritable mal dont souffrent particulièrement nos confrères de province.

Nous voudrions voir adopter par toute la France une ligne de conduite uniforme, et, dans ce but, nous vous prions de vouloir bien répondre aux questions ci-dessous :

I. Votre ville ou votre région est-elle visitée régulièrement : 1° par des docteurs spécialistes ; 2° par des guérisseurs de hernies, marchands de ceintures, pessaires, etc..., dont le passage est annoncé, pour les uns et les autres, par voie d'affiche ou par les journaux locaux ?

II. A-t-il été fait dans votre région une tentative quelconque pour mettre fin à ces tournées?

III. Dans le cas de l'affirmative, quelles mesures ont été employées ? Ces mesures ont-elles été efficaces ?

IV. — Considérez-vous, comme présentant un intérêt général, une action énergique et commune des Syndicats et des Sociétés de défense professionnelle pour entreprendre une lutte contre ces commis-voyageurs médicaux ?

Vous nous obligeriez beaucoup, Monsieur et honoré Confrère, en nous adressant sans retard vos observations sur ce sujet. Il importe, en effet, que dans cette circonstance nous ne perdions pas de temps en consultations prolongées, il faut de l'action.

Dès que seront reçues les réponses à notre questionnaire, nous saisirons l'Office des éléments de la cause, et, avec l'aide de nos Collègues du Barreau, nous rédigerons une note qui vous sera envoyée et que nous demanderons à la Presse Médicale de répandre dans nos journaux, pour que tous nos Confrères puissent en faire leur profit.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de nos sentiments confraternels et dévoués.

Le Président, Dr Lereboullet. *Le Secrétaire-Général,* Dr Levassort.

X..., 12 mai 1907.

Au *Concours médical,*

En tête du *Concours* du 12 courant, il m'a paru que l'on s'adressait à tous les médecins de France pour obtenir des arguments contre les prétentions des masseurs et magnétiseurs. Je m'empresse d'apporter mon grain de sable, à l'édifice de notre défense commune.

Il y a quelques mois, j'ai trouvé la rebouteuse en titre de la région, ancienne fille publique dans la localité, en train de masser, à tour de bras, un octogénaire qui venait de se briser la clavicule: Le malheureux hurlait de douleur, mais se laissait faire, convaincu de l'efficacité du procédé.

Dans un autre cas, j'ai trouvé notre rebouteuse en train de masser brutalement les vertèbres dorsales cariées et ramollies d'un adolescent (mal de Pott avancé), etc., Cette rebouteuse m'a défié plusieurs fois publiquement de la poursuivre, et mon Syndicat n'a fait que sourire de ma déconvenue, car chacun de ses membres a éprouvé, à ses dépens, l'inutilité de pareilles démarches.

Une fois cependant, j'ai perdu patience. Il y avait cas de mort.

C'était une malheureuse mère de famille qui avait laissé toutes ses économies et sa vie aux mains de la sorcière. Je déposai une plainte formelle entre les mains de qui de droit, avec toutes preuves à l'appui.

J'intéressai à ma cause un médecin, pourvu à l'époque d'une haute situation politique, plus un haut personnage judiciaire.

Ces messieurs, ont été en personne au parquet, où *personne* n'a voulu prendre l'affaire en mains.

On a fait marcher quelque temps de malheureux gendarmes, qui sont venus me faire signer un tas de grimoires ; puis ce bruit de bottes (de gendarmes) s'est éteint peu à peu et tout est rentré dans le silence.

Les membres du parquet ont répondu, paraît-il, que nombre de médecins étaient plus dangereux, plus meurtriers, que les rebouteurs, et comme ceux-là, en vertu de leur peau d'âne, jouissent de l'impunité, il ne serait pas juste de ne poursuivre que les moins coupables.

Et, malheureusement, avec les études médicales et les examens actuels, il y a du vrai dans cette boutade.

Fortifions donc les études médicales, relevons

le niveau scientifique et moral de la corporation, et nous serons mieux fondés à poursuivre nos pseudo-confrères.

Cela ne nous empêche pas de nous défendre en attendant, bien entendu.

Agréez, Messieurs, l'assurance de mon dévouement.

Dr M...

P.-S. — Prière de faire parvenir la présente à qui de droit.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Honoraires pour extractions de corps étrangers de la cornée

Justice de Paix du Canton Nord-Est de Rennes 18 *janvier* 1907.

Dans le précédent *Bulletin*, nous annoncions à nos confrères le résultat obtenu par le Syndicat des oculistes dans l'action judiciaire qu'il avait engagée, aux lieu et place d'un de ses membres, contre une Compagnie d'assurances qui refusait l'application de notre tarif syndical d'honoraires.

Nous pouvons maintenant faire connaître à nos confrères les termes du jugement, qui sont les suivants :

Attendu que l'arrêté ministériel du trente septembre mil neuf cent cinq, fait dans l'intérêt exclusif de l'ouvrier, n'est applicable qu'au seul cas où c'est l'ouvrier lui-même et non le patron ou l'assurance qui choisit un spécialiste ou un médeecin ; qu'en effet l'arrêté du trente septembre 1905 dispose, en son en-tête, qu'en vertu de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, modifiée par la loi du trente-et-un mars mil neuf cent cinq, « la victime », c'est-à-dire l'ouvrier, peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien ; dans ce cas seulement le chef de l'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par un arrêté du Ministre du Commerce, lequel est à la date du trente septembre mil neuf cent cinq ; que, dans tout autre cas, et notamment quand c'est le patron lui-même ou l'assureur qui ont fait le choix d'un médecin ou d'un pharmacien, l'arrêté du trente septembre n'est plus applicable et le droit commun reprend son empire ; qu'en conséquence la question capitale et seule essentielle, est de savoir si ce sont les ouvriers eux-mêmes qui ont choisi le Dr X., ou si c'est le docteur précité qui a été imposé par le sieur A. ou ses représentants.

Attendu qu'il est hors de doute que le Dr X... est l'oculiste attitré de M. A. et que c'est le même docteur qui, actuellement, fournit ses soins à tous les ouvriers blessés aux yeux, de l'usine A...

En ce qui concerne l'appréciation des honoraires réclamés par le Dr X... ;

Attendu que, pour fixer les honoraires dus à M. le Dr X..., il est nécessaire d'examiner les déclarations d'accidents du travail certifiées par A.... et qui portent les dates du cinq mars et quatorze juin mil neuf cent six ; que, le cinq mars, le sieur C..., en piquant du fer, recevait dans l'œil gauche une paille de fer qui a occasionné une blessure et une douleur à l'œil en question ; que, le neuf mars, M... recevait, en burinant un coussinet de bronze, un éclat qui a sauté dans son œil droit, lui occasionnant une blessure en cet endroit ; que le quatorze juin, P..., en meulant une barre de fer, recevait un grain d'émeri qui lui a sauté dans l'œil gauche et produisait une inflammation audit œil ;

Attendu qu'en présence des inflammations et blessures, *il était nécessaire que l'oculiste se servît de l'ophtalmoscope pour examiner la gravité et la profondeur des blessures et déterminer d'une manière très exacte la position du corps dans la cornée ; qu'il était également nécessaire de procéder, dans l'intérêt de la victime, à l'anesthésie locale préalablement à toute extraction ; qu'en agissant autrement, l'oculiste pouvait préjudicier gravement à la santé des ouvriers blessés ; que, de ce qui précède, les honoraires réclamés par le Dr X.... pour chacun des ouvriers blessés à l'œil, se décomposant comme suit :*

1° Examen du blessé, trois francs, ci.......	3 fr.
2° Examen ophtalmoscopique, neuf francs, ci	9 fr.
3° Anesthésie locale, six francs, ci.........	6 fr.
4° Extraction du corps étranger, cinq francs, ci	5 fr.
5° Certificat, deux francs, ci.............	2 fr.
Total : vingt-cinq francs, ci.....	25 fr.

soit, pour les trois ouvriers, soixante-quinze francs ne nous semblent pas exagérés ;

Par ces motifs :

Condamnons le sieur A... à payer au Dr X... la somme de soixante-quinze francs et à tous les dépens.

Ce jugement consacre deux points importants :

1° Il n'est pas nécessaire de produire une pièce écrite émanant du patron ou de l'assurance pour que nous puissions prétendre être le médecin du patron. Nous pourrons, en effet, revendiquer cette qualité toutes les fois que les accidentés du travail d'une usine se présenteront d'ordinaire à notre cabinet pour y réclamer nos soins. C'était là le cas de notre confrère.

Celui de nos avocats-conseils qui a plaidé dans ce procès, Me Besnard, et moi n'avons pas été peu surpris de cette première partie du jugement, car, *à aucun moment, notre avocat n'avait invoqué ce point particulier dans ses conclusions. Notre confrère n'était en possession d'aucune pièce* établissant qu'il était le médecin du patron, nous réclamions la somme de ving-cinq francs par corps étrangers, *en vertu du tarif officiel* que nous interprétions de la façon suivante :

1° Examen du blessé (art. 14. A. 1)	3 fr.
2° Examen ophtalmologique (art.10 C. 5) Allocation correspondant au prix de trois consultations, celle-ci étant tarifée 3 francs pour l'oculiste d'après l'article 14. A. 1........................	9 fr.
3° Anesthésie locale (art. 10. B. 3). Allocation correspondant au prix de deux consultations à 3 francs pour l'oculiste....................................	6 fr.
4° Extraction des corps étrangers (art. 14. A. 2)........................	5 fr.
5° Certificat (art. 9).....................	2 fr.
Total........................	25 fr.

2° Si le juge de paix ne s'est pas exclusivement basé, comme nous le demandions, sur l'application du tarif officiel pour nous donner gain de

cause, il n'en est pas moins un second point parfaitement établi dans son jugement : c'est que nous avons le droit absolu de taxer, dans l'extraction d'un corps étranger de la cornée, l'examen ophtalmoscopique et l'anesthésie locale.

C'était sur cette taxation que roulait tout le différend, l'avocat de la partie adverse nous niant ce droit, parce que, d'après lui, l'examen ophtalmoscopique est implicitement compris dans l'examen d'un blessé pratiqué par un oculiste et coté 3 francs dans l'article 14, A, 1, et que l'anesthésie locale fait partie intégrante de l'extraction d'un corps étranger de la cornée, taxée 5 francs dans l'article 14, A. 2. Cet avocat formulait, d'ailleurs, comme axiome cette proposition : « Pas d'anesthésie, pas d'extraction. »

Il est donc bien établi par une jurisprudence que notre Syndicat a fait établir que, dans un cas d'extraction de corps étranger, nous sommes absolument autorisés à compter dans nos honoraires :

1° Examen du blessé;
2° Examen ophtalmoscopique ;
3° Anesthésie locale ;
4° Extraction du corps étranger ;
5° Certificat.

Ce sont là les seules mais importantes conclusions juridiques à tirer du jugement du juge de paix de Rennes.

Un point reste encore obscur dans l'application du tarif officiel, que nous aurions désiré établir. Devons-nous prendre comme base des allocations accordées en sus du prix de la consultation dans l'article 10 la somme de 3 francs que l'article 14, A, 1 attribue pour la consultation de l'oculiste ou, au contraire, devons-nous nous borner à celle qui est fixée par l'article premier, c'est-à-dire 1 fr. 50 ou 2 francs la consultation, selon les localités.

Notre avocat, Me Besnard, réclamait la fixation de la base d'allocation à 3 francs dans les conditions suivantes :

« Attendu que, dans le tarif, tous les soins médicaux et de petite chirurgie dans l'énoncé desquels se trouvent l'examen ophtalmoscopique et l'anesthésie locale, donnent droit à des allocations en sus du prix de la consultation ; que la consultation pour le médecin oculiste c'est l'examen fixé à 3 francs dans l'article 14, A, 1, du tarif ; attendu que cette prétention, qui se traduit en faveur de l'oculiste par une majoration d'un franc ou 1 fr. 50 sur le prix accordé à un médecin non spécialiste, est conforme à la coutume et à la logique, qui veut que les médecins spécialistes aient droit à des honoraires spéciaux plus élevés que les honoraires habituels, etc... »

Nous regrettons que le juge de paix ne se soit pas prononcé sur cette interprétation du tarif officiel, car il reste là un sujet de contestation que notre Syndicat saura faire trancher définitivement dès que l'occasion s'en présentera.

(*Bulletin du Syndicat des oculistes français.*)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat de la Meuse et des Ardennes.

L'exercice de la médecine à la frontière belge.

A Monsieur le Ministre de l'Intérieur,

Monsieur le Ministre.

Les Médecins des Syndicats des arrondissements de Mézières, Rocroi, Sedan, réunis en assemblée le 9 mai 1907, prennent la respectueuse liberté de venir exposer les faits suivants :

Une convention diplomatique, passée à Paris, le 12 janvier 1881, entre la France et la Belgique, devait avoir pour but, dans l'intention de ses auteurs, de régler équitablement l'exercice de la médecine sur la frontière des deux pays, en permettant aux praticiens de l'un et de l'autre côtés de pouvoir légalement, dans l'intérêt des populations, exercer leur art dans les communes limitrophes.

Quelques années s'étaient à peine écoulées que cette convention provoquait, de la part des médecins français, des réclamations justifiées.

Les médecins belges, en effet, abusaient immédiatement de la latitude qui leur était accordée pour venir exercer en France, non pas seulement dans les communes limitrophes, mais à des distances de vingt, vingt-cinq kilomètres et plus, au delà de la frontière, se rendant régulièrement, sans être appelés, dans des localités où résident des médecins français, passant, en dépit de la circulaire ministérielle du 22 août 1896, des abonnements avec des particuliers et des contrats avec les collectivités, causant sciemment à leurs confrères français des préjudices considérables, les empêchant même, comme nous en avons trop d'exemples, de pouvoir continuer à demeurer dans la commune où ils s'étaient établis parce qu'à cause d'eux, ils n'y gagnaient pas de quoi vivre.

Ces agissements n'ont fait que s'accroître depuis plusieurs années, alors que le seul intérêt des populations ne justifie plus le maintien de la convention de 1881.

Depuis 25 ans, en effet, le nombre des médecins a considérablement augmenté. Les communes qui n'en possédaient pas à cette époque en ont quelquefois deux aujourd'hui, résidant dans la localité. Le téléphone départemental les dessert toutes et permet à celles qui en sont dépourvues de recevoir les soins dont peuvent avoir besoin les malades, avec d'autant plus de célérité que bon nombre de médecins français possèdent des véhicules automobiles.

L'intérêt public étant sauvegardé et n'étant par conséquent plus en jeu, les médecins français, victimes depuis de longues années des procédés qui les lèsent dans leurs légitimes intérêts font appel à votre justice pour leur permettre d'exercer leur art, sans être en butte désormais à une concurrence injustifiée et à des vexations continuelles et ils ont l'honneur de vous demander

respectueusement la dénonciation complète de la convention de 1881.

Ils ont la confiance absolue que vous voudrez bien faire droit à une enquête, motivée par des faits malheureusement trop nombreux et trop probants, qui est la seule mesure capable d'arrêter toutes les plaintes, et ils vous prient, d'agréer Monsieur le Ministre, l'assurance de leur respectueux dévouement.

Pour les médecins assemblés et par ordre :

Les Présidents :

du Syndicat de la Vallée de la Meuse, Arrondissement de Mézières et arrondissement de Rocroi :	du Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Sedan :
Dr Pillière	Dr Gairal.
Le secrétaire : Dr Rozoy.	*Le secrétaire* : Dr Goguel.

N. D. L. R.— Nous croyons savoir que tous les Syndicats des départements frontières ont résolu de s'associer à la démarche de nos confrères du Nord-Est : les conventions passées avec le Luxembourg, la Suisse, l'Italie, à des époques diverses, n'ont plus, en effet, que des inconvénients et ne répondent à aucun intérêt général pour la santé publique.

Association générale des médecins de France

L'Assistance par le travail pour les veuves et orphelines de médecins.

L'Association générale des médecins de France estimant que, pour assister efficacement les veuves et orphelines valides laissées dans le besoin ou dans la gêne par ses sociétaires, il y a lieu de leur procurer du travail et des situations en rapport avec leurs aptitudes, plutôt que de leur donner des secours combinés trop souvent inefficaces, a, dans son Assemblée générale du 14 avril 1907, décidé, conformément aux conclusions du rapport présenté par M. le Dr Bouloumié, au nom de sa commission spéciale d'assistance, d'organiser un double service d'*Assistance par le travail* et de *placement*.

De plus, le désir a été manifesté que l'organisation de ces services, tels qu'ils ont été prévus pour la Société centrale, soit étendue à la France entière avec le concours des Sociétés unies, afin que partout les protégées de l'Association générale puissent en bénéficier.

Le but poursuivi est le *placement*, qui assure aux assistées une situation stable. Mais la recherche d'un emploi à la convenance de chacune d'elles demande parfois un temps bien long ; l'*Assistance par le travail*, immédiatement offerte, donnera le moyen de l'attendre et le faciliter.

Pour réaliser l'un et l'autre, la Société centrale a nommé une *Commission spéciale d'assistance*, qui délègue ses pouvoirs, en ce qui concerne les relations avec les assistées, à un *Comité de dames*. Elle a ouvert dans les bureaux de son secrétariat un registre d'*offres et demandes d'emplois*, exclusivement en vue des protégées du corps médical, et s'est assuré le concours, d'une part, du *Syndicat de la Presse médicale*, pour faire donner à ces offres et demandes toute la publicité nécessaire, d'autre part, des *Œuvres d'assistance par le travail* pour qu'un travail en rapport avec les aptitudes et les besoins de chaque assistée puisse lui être immédiatement procuré.

La création de ce nouveau service ne saurait manquer d'avoir l'approbation du corps médical tout entier, qui n'ignore pas à quelles difficultés on se heurte quand il s'agit de soulager efficacement une infortune qui doit durer autant que la vie et combien est grand le nombre de familles médicales qui, après la mort de leur chef, vivant dans la gêne et l'appréhension du lendemain, ne veulent pas solliciter un secours, mais seraient heureuses de trouver le moyen d'améliorer leur situation.

REPORTAGE MÉDICAL

Les agréments que l'impôt sur le revenu procure aux médecins en Allemagne. — On peut s'en faire une idée, dit la *Revue internationale de clinique et de thérapeutique*, en parcourant une brochure du Dr Max Kamen, dont la 3e édition a paru récemment. C'est dire le succès de ce guide, destiné à mettre les médecins en garde contre les exigences exagérées des agents du fisc.

Constatons d'abord que tout médecin dont les revenus annuels (de tout ordre) dépassent 3.000 marks (3.750 francs) est tenu de faire une déclaration et de se prêter aux investigations inquisitoriales du fisc. S'il change de résidence, dans le courant de l'année, la taxe à payer pour l'année entière sera calculée sur la base des revenus touchés dans la nouvelle résidence. De la recette brute, il y a lieu de déduire toutes sortes de frais et de dépenses, et c'est à ce propos que l'esprit d'appréciation du contribuable, aux prises avec l'esprit de suspicion du fisc, est mis à de rudes épreuves.

Tout d'abord, le médecin est tenu de fournir la justification des frais et des dépenses qui peuvent être admis en déduction de sa recette brute. Ainsi, pour le loyer, il n'y a lieu de ne tenir compte que des pièces indispensables à l'exercice de la médecine ; *idem* pour l'éclairage et le chauffage, pour les frais d'assurances contre l'incendie. Sont admis en déduction: les honoraires du domestique ou de la gouvernante attachés à la personne d'un médecin célibataire, les honoraires des assistants, les honoraires des remplaçants, mais non les frais occasionnés par des voyages, par des cures aux stations thermales. Sont, de même, admis à la déduction, les frais occasionnés par l'entretien de chevaux et des véhicules que le médecin utilise pour les besoins de sa clientèle (il n'est pas tenu compte de l'usure des chevaux), les dépenses faites pour pansements, pour médicaments, les frais occasionnés par la correspondance (papier, ports de lettres, etc.), par l'entretien des instruments, l'abonnement au téléphone, les annonces faites par des propriétaires de cliniques, de maisons de santé ; les vêtements spéciaux utilisés dans les salles d'opération, *les pelisses, fourrures, chancelières, manteaux, utilisés par le médecin, pendant la saison rigoureuse, dans l'exercice de sa profession*, les cotisations à des œuvres de mutualité, quand elles ne dépassent pas annuellement 600 marks, les primes versées pour assurances sur la vie.

quand elles ne dépassent pas ce même chiffre, enfin les intérêts des dettes privées, à condition que le médecin en fournisse une justification jugée valable. Heureux pays !

Si les bienfaits de l'impôt sur le revenu s'étendent à notre pays, les médecins sans clientèle trouveront à s'occuper, largement, en qualité de comptables, auprès de leurs confrères plus favorisés.

En tous cas ils deviendront un peu plus ordonnés qu'ils ne l'étaient après la vieille vie de bohême du Quartier Latin, si souvent, hélas ! continuée dans la clientèle.

Le Syndicat des médecins de Villeurbanne-les Lyon et le repos hebdomadaire. — Ce syndicat, qui mérite de plus en plus son titre de syndicat d'avant-garde, a informé le public qu'à partir du 1er juin 1907 le prix de toute visite demandée à ses membres pour être effectuée le dimanche, sera le double de celui de la visite ordinaire. Cette décision est conforme à celle qui a été prise au récent Congrès des médecins praticiens de France.

Le principe est excellent, avec quelque tempérament dans l'application, et le tact des médecins saura y pourvoir. Si l'urgence et la nécessité sont dignes d'égards, la fantaisie ou la négligence des clients n'en méritent guère.

Le libre choix du médecin en Belgique. — Au Syndicat médical de Namur, le Dr Piérard (de Rochefort) signale au sujet de l'hospitalisation des ouvriers du chemin de fer telle décision qui ne permet pas le libre choix du médecin par les ouvriers.

Une discussion s'engage à laquelle participent de nombreux membres. Comme conclusion, l'ordre du jour suivant est voté, qui sera transmis au Bureau de la Fédération médicale belge :

Le Syndicat médical de la province de Namur, réuni en assemblée générale le 28 *mars* 1907, *émet le vœu de voir mettre à l'ordre du jour de la Fédération médicale belge et d'y discuter la question de l'hospitalisation des ouvriers des chemins de fer de l'Etat Belge, à l'effet de recevoir les soins chirurgicaux que nécessite leur état et dont ils peuvent avoir besoin en cas de blessure ou de maladie.*

Il charge ses deux délégués à la Fédération de soumettre la question à l'Assemblée et de soutenir le principe du libre choix de l'ouvrier quant à l'Institut ou le chirurgien qu'il désire, et ce, dans les limites du tarif fixé par l'arrêté royal du 30 *août* 1904. (*Journal d'accouchements de Liège*).

Les concurrents de la Riviera : les stations d'altitude de la Suisse en hiver. — Comme confirmation du péril signalé pour nos côtes méditerranéennes, par le Dr Esmonet, nous venons de recevoir du bureau officiel de renseignements de Bâle la liste très détaillée des hôtels, pensions, chalets, etc., de la Suisse, pour l'été, avec indication des lieux, sports et de cures d'hiver. Cette liste renferme plus de 800 noms d'hôtel ou pensions. Nous supposons que ce n'est pas simplement à titre de docteur qu'elle nous a été envoyée, mais parce que l'année dernière nous avons fait un séjour dans l'Oberland et dans l'Engadine. L'altitude, la localité, les noms, les prix, du plus inférieur au plus élevé, sont indiqués pour chaque hôtel ; et, en pointant ceux qui sont situés à 1.200 mètres et au-dessus, nous n'avons pas trouvé moins de 88 hôtels ou pensions.

(*Lyon médical*).

Faculté et Hôpitaux.

Un concours pour la nomination de deux places de chirurgien des hôpitaux sera ouvert le lundi 10 juin 1907, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères. Les candidats ont dû se faire inscrire à l'Administration centrale 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à 3 heures, jusqu'au samedi 25 mai inclusivement.

— M. le Dr Boissard, accoucheur de l'hôpital Tenon, a commencé, le 30 mai 1907, une série de conférences sur le traitement des suites de couches physiologiques et pathologiques, et les continuera les jeudis suivants à 10 h. 1/2 du matin.

— M. le Dr Lamy, médecin de l'hôpital Tenon, a commencé une série de conférences cliniques sur les maladies du système nerveux et de l'appareil cardiovasculaire, et les continuera tous les vendredis des mois de juin et de juillet à 10 h. 1/2 du matin.

— M. le Dr Caussade, médecin de l'hôpital Tenon, a commencé une série de démonstrations cliniques et les continuera tous les mardis des mois de juin et de juillet à 10 h. du matin.

— M. Deny a commencé à la Salpêtrière (section Rambuteau), une nouvelle série de conférences cliniques sur les maladies mentales et les continuera tous les dimanches à 10 heures.

— M. J. Jolly commencera le 11 juin, à 5 h. 1/2, au laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, un cours particulier sur l'histologie normale et pathologique du sang, et les maladies du sang. Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à la même heure, et comprendra quinze leçons. S'inscrire d'avance au laboratoire.

— M. Raymond Grégoire, prosecteur, commencera un cours d'opérations gynécologiques, le lundi 17 juin 1907, à 8 h. 1/2. Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le droit à verser est de 50 francs.

— M. Contremoulins, chef du laboratoire principal de radiographie des hôpitaux, a commencé, dans le nouvel amphithéâtre d'anatomie comparée, une série de six conférences complémentaires sur la radiographie appliquée à l'anatomie comparée, et les continuera les dimanches 2, 9, 16, 23, et 30 juin, à 10 heures du matin.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Drs Eltchaninoff, de Paris et Domecq-Turon, d'Espoey (Basses-Pyrénées), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 23 Dimanche 9 JUIN 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La grande commission de réorganisation de l'Assistance publique de Paris.

Nous venons de lire la grosse nouvelle suivante dans les journaux :

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, vient d'instituer une commission pour l'étude des diverses questions se rattachant à l'organisation de l'administration générale de l'assistance publique à Paris. Cette commission est ainsi composée :

Président. — Le sous- secrétaire d'Etat au ministère de l'intérieur.

Vice-président. — M. Charles Laurent, premier président de la Cour des comptes.

Membres. — MM. Le docteur Bonnaire, professeur agrégé à la faculté de médecine.

Bruman, directeur de l'administration départementale et communale.

Le professeur Debove, doyen de la faculté de mécine de Paris.

Derouin, directeur de l'inspection générale à la préfecture de la Seine.

Desroys du Roure, directeur des finances à la préfecture de la Seine.

Le docteur Faisans, médecin des hôpitaux.

Gory, inspecteur principal de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Herbet, maire du sixième arrondissement.

André Lefèvre, président du Conseil municipal de Paris.

Mesureur, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur.

De Moüy, conseiller d'Etat.

Navarre, président de la commission d'assistance publique du Conseil municipal de Paris.

Ogier, directeur du contrôle au ministère de l'intérieur.

Patenne, président de la commission d'assistance publique du conseil général de la Seine.

Ranson, président du conseil général de la Seine.

Strauss, sénateur, président du conseil supérieur de l'assistance publique.

F. Voisin, conseiller à la Cour de cassation.

Le docteur Walther, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris.

Inutile de dire que, devant la lecture de cette liste de compétences indiscutables nous avons, comme toujours, regretté l'absence de tout délégué du Syndicat de la Seine.

On en sait long, pourtant, au sein de ce groupement, sur les abus à faire disparaître sur les réformes à réaliser.

Mais, au fait, c'est peut être qu'on en sait trop, qu'on en demanderait trop à cette brave commis-

sion qui se constitue à la veille de la canicule.

Songez donc, en effet, qu'un syndiqué documenté, convaincu et tenace comme Diverneresse serait capable de réclamer.

1° L'hôpital aux pauvres, les payants renvoyés aux maisons de santé, aux cliniques, aux dispensaires ou plus souvent encore chez eux ;

2° Les indigents appelés à choisir librement leur médecin parmi les praticiens du quartier qu'ils habitent ;

3° Les victimes du travail soignées au prix de revient de la journée et leurs responsables ayant à payer le chirurgien (traitant) ;

Etc., etc.

Vous verrez qu'on se dispensera même d'entendre quelqu'un qui serait suspect de caresser pareilles idées démocratiques dictées par le bon sens et l'équité.

On aurait l'air d'ailleurs de céder à la pression du Congrès des Praticiens, et chacun sait qu'à cette heure, on réagit contre ces faiblesses gouvernementales d'antan.

M'est avis, quand même, que le Syndicat de la Seine devrait solliciter la collaboration, c'est de son rôle, c'est de son devoir.

Quand cela ne serait d'ailleurs que pour constater peut-être par un refus le degré d'ardeur réformatrice dont la Commission est animée !

C'est toujours bon de savoir ces choses-là.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La gymnastique respiratoire prophylactique de la tuberculose chez l'enfant.

M. le Dr Aigre, de Boulogne sur-Mer, a fait en avril dernier, à la réunion des inspecteurs primaires du Pas-de-Calais, une très pratique conférence sur la gymnastique respiratoire employée chez l'enfant comme moyen prophylactique contre la tuberculose pulmonaire.

« Le développement de la cage thoracique par l'exercice répété et méthodique de sa musculature (gymnastique respiratoire) entraîne, dit le conférencier, le développement du poumon lui-même ; de même que la dilatation forcée du poumon par l'aspiration exagérée d'un volume d'air plus grand, dilate cet organe, et secondairement la cage thoracique.

« Comme application pratique de cette gymnastique respiratoire, l'auteur proposerait de faire faire aux enfants l'exercice suivant :

« Station debout au grand air : — tête droite — bras pendants le long du corps. A un signal les enfants émettent à haute voix une syllabe en a (on pourra, pour éviter la monotonie, prendre d'autres syllabes ou même des mots entiers formant une phrase ou une strophe de chant.) Ils font le point d'orgue sur cette syllabe et le point se termine par les trois actes suivants qui doivent se faire brusquement et simultanément : 1° occlusion brusque de la bouche : 2° renversement de la tête en arrière : — 3° appui des mains sur les hanches, les coudes étant écartés du tronc. Ce dernier mouvement peut se varier en faisant mettre les bras en croix.

« Cet exercice gymnastique devrait se répéter quatre ou cinq fois par jour à l'occasion du chan-

FEUILLETON

Défendons-nous !

On ne cesse de nous parler de décadence, ce qui a le tort de nous habituer à cette idée déprimante, on prétend même que notre petit monde médical a perdu beaucoup de son prestige, de sa dignité, qu'il est en quelque sorte découronné, en train de descendre au-dessous de zéro, de s'enliser dans la boue, cette boue noirâtre et suspecte dans laquelle se vautrent, à marée basse, les huîtres de Cancale, ce qui m'a décidé à ne plus avoir aucune accointance avec ces mollusques.

Devons-nous nous alarmer des propos des Jérémies modernes, nouveau-style, prendre à la lettre leurs accusations ?

J'estime, pour mon compte, que, sans faire preuve de camaraderie aveugle ou complaisante, on peut se défendre et soutenir énergiquement que si la mentalité de certains des nôtres est devenue trop commerciale, le psychisme du plus grand nombre n'a pas cessé de planer dans les hautes régions, de se complaire dans l'atmosphère sereine du devoir, du sacrifice, de la générosité, de tout ce qui ennoblit l'homme et sa profession.

Dans le *Correspondant* du 10 juillet, Paul Acker parlait des moyens de parvenir en littérature : « Le talent aujourd'hui n'est presque rien, écrivait-il, la réclame est tout. Et c'est parce que la littérature est devenue, pour la plupart des jeunes gens qui s'y consacrent, une industrie, qu'elle est si médiocre. Il y a trop d'écrivains, trop de livres, trop de pièces. »

Je ne pense pas qu'une réflexion analogue puisse s'appliquer à notre corporation. On raconte bien que la plupart des professeurs de l'école se préoccupent davantage de la clientèle que de leurs cours ; qu'ils ne sont pas les vrais auteurs des ouvrages qui portent leur nom, que leurs élèves favoris, qui en seront plus tard récompensés, font des recherches, compilent et rédigent à leur place ; que les titres, les sinécures, les prétendus concours, simple simulacre, sont avant tout, affaire de marchandage, de favoritisme, d'influences laborieusement acquises, au prix des plus viles courbettes ; qu'on peut aisément, étant donné le jury, désigner d'avance les candidats qui seront élus à l'agrégation et que la même moralité, ou amoralité, règne aussi bien à la Faculté qu'à l'Assistance publique.

Que ne dit-on pas dans les réunions confraternelles entre deux visites ou à la fin de certains banquets ? Mais ces potins sont-ils bien justifiés ? C'est à tort qu'on généralise et qu'on répète si volontiers après Rabelais, en visant l'état-major de la profession : « Approchez-vous gens de bien. Où êtes-vous ?... Je ne vous peux voir ».

Comment admettre que tant d'esprits élevés (la majorité), que guide le culte austère de la science, de la philanthropie, aient de si basses préoccupations,

gement d'occupation des élèves : par exemple l'entrée ou la sortie d'une classe, le commencement d'une récitation, etc. Et chaque exercice devra se composer d'une dizaine ou d'une vingtaine d'expirations syllabiques: l'instituteur en décidera du nombre selon l'âge de l'enfant, la température, etc., etc. »

Les psychoses d'insolation

M. le Dr Meignié, de Saint-Vivien-de-Médoc (Gironde) a étudié dans sa thèse (Bordeaux 1906) les psychoses d'insolation.

« Ces psychoses, dit-il, revêtent la forme de confusion mentale sous l'une quelconque de ses variétés : 1° Délire onirique ; 2° Délire hallucinatoire aigu ; 3° Délire aigu ; 4° Syndrome paralytique.

Elles se présentent donc cliniquement comme des psychoses d'intoxication, ce qui confirme la pathogénie toxique de l'insolation, aujourd'hui généralement admise.

L'amnésie (lacunaire, rétrograde et de fixation) y est souvent profonde et prédominante, comme dans la psychose de la polynévrite et de l'éclampsie.

Les cas de psychoses consécutives à l'insolation peuvent être divisés en deux catégories : *a*) ceux dans lesquels l'insolation est le facteur unique ou essentiel ; ce sont les *vraies psychoses d'insolation* ; *b*) ceux dans lesquels l'insolation ne joue que le rôle de cause occasionnelle, d'autres influences intervenant de façon plus ou moins active, en particulier : l'alcoolisme, le paludisme, la syphilis ; ce sont les *psychoses à l'occasion d'une insolation*.

Ces deux catégories de psychoses diffèrent aussi, suivant qu'on les observe dans les pays chauds ou dans les climats tempérés. Aux colonies, on rencontre assez fréquemment soit les psychoses d'insolation pure, soit les psychoses d'insolation et de paludisme combinés. Dans nos pays, les psychoses d'insolation pure sont plus rares ; ce qu'on constate surtout, ce sont les psychoses mixtes d'alcoolisme et d'insolation ou, si l'on veut, les psychoses d'insolation chez les alcooliques.

L'extrait de ganglions lymphatiques en injections sous-cutanées contre la tuberculose infantile.

M. le Dr Edmond Vidal a communiqué au récent congrès d'Alger les bons résultats que lui ont donnés les injections d'extrait de ganglions lymphatiques dans 33 cas de tuberculose infantile. Ces 33 cas sont à ajouter aux 18 cas déjà publiés en 1903 au Congrès de Madrid.

Ils se répartissent ainsi :

15 cas légers, cas de prétuberculose, sans signes stéthoscopiques autres que les signes lointains de Grancher, chez des enfants de 8 à 16 ans ;

7 cas de tuberculose pulmonaire à évolution lente, sans hémoptysie, ni fièvre ;

2 cas de tuberculose subaiguë ;

1 cas de typho-bacillose chez un enfant de 10 ans ;

5 cas de tuberculose ganglionnaire ;

1 tumeur blanche du coude chez un enfant de 15 ans ;

2 coxalgies suppurées.

Dans la prétuberculose, l'état général se monta rapidement, dès les premières injections, grâce à un retour immédiat de l'appétit, un relèvement rapide des forces. L'engraissement alla, chez un

---

ne songent qu'à être inféodés à une petite chapelle et à se pousser les uns les autres, *per fas et nefas* ?

Je n'en veux pour preuve que les *Souvenirs d'autrefois*, évoqués par le professeur Cornil, à l'occasion de la mort de son ami Brouardel. Il faut lire les pages consacrées aux luttes de jadis, pour se faire une idée de la somme de labeur, de ténacité, que tels de nos maîtres, ignorant la manœuvre de l'encensoir et entourés aujourd'hui de l'estime enthousiaste d'une élite intellectuelle, durent déployer pour arriver à la notoriété.

Malgré les défaillances et les faiblesses inévitables, la destinée du médecin, après s'être meublé l'esprit de connaissances encyclopédiques, est d'être heureux en faisant du bien, de vivre et de mourir noblement.

C'est bien plutôt dans les autres carrières que l'on constate la lutte effrénée des appétits et des ambitions. Dans les *Arrivistes*, Michel Provins a fustigé sans pitié tous ces jeunes ambitieux qui veulent parvenir et s'enrichir, sans s'inquiéter d'où vient l'argent, pourvu qu'il arrive dans leur poche et leur donne l'entière faculté de jouissances, n'ayant d'autres limites que la satiété et.... l'hygiène. D'après leur appréciation, tout peut s'acheter, même la gloire, comme une denrée d'épicerie ; ils savent organiser les réclames, les marchandages, pour se faire un nom illustre, ou simplement productif. Ce sont eux qui, pour devenir mandataires du peuple, sont prêts à jouer à ce peuple tous les airs capables de flatter ses passions et d'allumer ses haines. « C'est pour chaque place, dit-il, la poussée formidable. Il n'y a pas seulement nécessité impérieuse à prendre sa part, il y a urgence à la saisir le plus vite possible, car, à la moindre chute, toute une génération lancée à l'assaut nous passera sur le corps. Donc, il faut arriver coûte que coûte, puisque le monde ne s'incline que devant les résultats acquis. La vie n'est plus la montée lente, la côte péniblement gravie, l'avancée par petites étapes, la vie n'est plus même une conquête, c'est une escalade ! »

Je veux bien admettre qu'il y ait dans nos rangs quelques intrigants, pressés d'arriver, des besogneux qui n'ont pas le temps d'attendre. Il serait même bien extraordinaire que sur plus de seize mille médecins, il n'y ait pas quelques indignes, mais encore une fois c'est le petit nombre.

Le public ingrat ou avare et toutes les collectivités parasites ne demandent pas mieux que d'accueillir, de colporter les mauvais propos, médisances ou calomnies, pour en tirer profit et excuser leur rapacité. « Jadis, les médecins étaient plus coulants, plus désintéressés qu'aujourd'hui, ne cesse-t-on de répéter ». On ne veut pas comprendre que les temps sont changés, les conditions d'existence plus onéreuses, que le luxe s'est accru pourtant comme les impôts et que le pauvre diplômé a besoin de vivre et de faire vivre les siens, tout en faisant de son mieux pour empêcher ses semblables de souffrir ou de mourir.

Ils sont légion ceux qui voudraient être soignés avec le dévouement le plus absolu, sans bourse délier ou pour des honoraires dérisoires, sans songer que celui qu'ils voudraient exploiter ne parvient pas quel-

garçon de 12 ans, de 27 kilogs à 31 en deux mois.

Des deux cas de tuberculose subaiguë, l'un est mort au 72e jour ; l'autre, maintenant au 8e mois de début, conserve, avec un état général excellent, un foyer de râles humides au sommet droit.

La tumeur blanche du coude chez une jeune fille israélite de 15 ans, traitée par la méthode de BIER et les injections de liquide ganglionnaire, est complètement guérie.

Dans les deux coxalgies suppurées, datant de deux et cinq ans, chez des garçonnets de 9 et 11 ans, la suppuration s'est tarie après deux mois de traitement.

Le cas le plus intéressant est celui de la typhobacillose, où quatre fois, au cours du traitement la réaction de COURMONT fut positive, et où, après cinq mois de traitement, la guérison fut absolue et se maintient depuis quatre ans sans le moindre signe pulmonaire.

Que conclure de ces observations ? Loin de nous l'idée d'attribuer à l'extrait ganglionnaire SEUL la guérison de ces malades, mais il est pour nous hors de doute que la marche de la maladie fut heureusement influencée et la guérison hâtée par cette médication. Il semble que l'injection hypodermique d'extrait ganglionnaire serve de stimulant aux sécrétions de la cellule, à la leucocytose et à la phagocytose. Elle agit plus et mieux que les injections de sérum artificiel ou de sérum marin et mérite à ce titre d'entrer dans la thérapeutique de la tuberculose infantile, non pas comme spécifique, mais tout au moins comme médication adjuvante et préventive. Son action sera d'autant plus puissante qu'on pourra l'utiliser plus près du moment de l'invasion microbienne et de l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

L'intervention du médecin praticien dans le glaucome.

Notre éminent confrère, le Dr TROUSSEAU a déjà attiré l'attention de nos lecteurs sur les inconvénients énormes, pour ne pas dire les accidents irrémédiables, que cause au patient une erreur de diagnostic d'un praticien qui confond un glaucôme avec une conjonctivite.

Il suffit cependant d'y penser pour éviter cette erreur : les douleurs vives et la tension du globe oculaire sont des signes assez caractéristiques pour qu'on ne s'y trompe pas.

M. Terrien considère l'iridectomie comme l'intervention de choix.

Toutefois, celle-ci ne doit pas être pratiquée « en pleine attaque, alors que l'œil est très dur, fortement injecté et les douleurs excessives ». Il conseille alors, pendant deux ou trois jours, des instillations fréquentes de myotiques, (toutes les cinq à six heures), et l'emploi de préférence de ce collyre :

Salicylate d'esérine.......	0 25	centigrammes.
Nitrate de pilocarpine...	0 20	—
Eau distillée bouillie.....	10	grammes

Le malade sera purgé légèrement et des sangsues appliquées à la tempe du côté malade. Le mieux succédant à cette médication permet de temporiser. L'aggravation quand même commanderait l'intervention non différée.

Causes d'erreur dans l'examen physique du thorax chez l'enfant.

Nous avons exposé l'an dernier dans le *Concours médical*, la méthode d'examen physique préconisée par M. le Dr Grancher, pour faire le

---

quefois à joindre les deux bouts et a derrière lui un bilan très obéré. De là à s'adresser au faux roublard qui offre de traiter à meilleur marché, sans aucun souci de solidarité, sans même songer à l'avenir, il n'y a qu'un pas et il est justement franchi, pour peu que le débinage d'un concurrent déloyal ait déjà préparé le terrain. Voilà le mal dont nous sommes les premières victimes et qu'il serait bien temps d'abandonner à d'autres. L'irrespect a pénétré partout et on ne ménage personne, pas plus les gros bonnets que l'humble praticien. On se plaît à faire son petit Saint-Simon, à colporter des anecdotes amoindrissantes, toujours précieusement recueillies et exploitées ensuite contre la masse.

Heureux encore lorsque la haine, attisée par de mesquines rivalités, ne contribue pas à fausser le jugement, à dicter des appréciations mensongères, à dénaturer les actes les plus simples, car la haine est corruptrice, tueuse d'idéal et de justice ; elle sait que la lutte trop franche, trop brutale, tournerait contre elle ; aussi préfère-t-elle agir sournoisement, par des menées souterraines, habilement voilées.

C'est déplorable, car cela porte atteinte à la bonne entente, à l'esprit de cohésion, d'association, à la corporation reconstituée, qui, au point de vue social, doivent dans un avenir prochain substituer « le groupement rationnel des aptitudes à la loi d'airain de la société capitaliste, comme au despotisme menaçant de l'utopie collectiviste ».

Il faut nous résigner à cette évolution ; c'est un monde qui s'ébranle et l'âme des foules qui s'émeut, demandant des actes et ne se payant plus de mots.

Fourrier avait prévu la fécondité de l'association qui rassemble en un faisceau de force les faiblesses éparses.

Tout en se méfiant des nouveautés suspectes et des audaces dangereuses, la génération qui s'en va, que l'on dit trembleuse et cacochyme, parce qu'elle était habituée au *magister dixit*, à une discipline étroite, doit comprendre que la génération médicale qui arrive surgit avec une mentalité toute différente. Le vent d'indépendance qui a soufflé sur elle c'est l'esprit nouveau, plus pratique et moins docile, qui emporte tout dans notre siècle de transformation. Même en religion, en philosophie, il comporte l'adhésion débattue et l'implacable examen, le libre choix et l'obéissance contrôlée. Comme l'a dit G. Hanotaux, s'il reste une servitude, c'est la servitude volontaire.

Il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à retarder l'avènement de ces forces nouvelles ; ce seraient du reste de vaines et dangereuses résistances. Laissons-donc passer ce courant un peu trouble : qui sait, il ira peut-être apporter son limon fécondant sur des terres restées jusque-là stériles !

Qu'importe le trajet suivi, si on arrive à la terre promise !

Dr GRELLETY (de Vichy).

diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant ; cette méthode a prêté à certaines critiques plus ou moins partiales et plus ou moins justifiées ; mais il est bon de ne pas ignorer certaines causes d'erreur dans l'examen du thorax de l'enfant, signalées par H. Neumann ((*Berlin. Klin. Wochenschrift*). On constate quelquefois chez les enfants, à l'auscultation du sommet droit (beaucoup plus rarement du sommet gauche), une expiration prolongée. Souvent aussi, l'inspiration et l'expiration affectent, à ce niveau, un caractère bronchique. Il peut se faire aussi qu'un peu plus en bas, au-dessous de la clavicule, le bruit respiratoire soit plus faible que du côté opposé. Enfin, la percussion révèle quelquefois une zone de matité dans la région sternale, au niveau des premiers et deuxièmes espaces intercostaux, zone de matité qui s'étend plus à gauche qu'à droite, et qui va en se rétrécissant de haut en bas. En arrière, au niveau de la fosse sus-épineuse, l'inspiration et l'expiration affectent un caractère bronchique, encore plus tranché qu'en avant, tandis que plus bas le murmure respiratoire est de nouveau affaibli. En déplaçant l'oreille de la fosse sus-épineuse droite vers les 2e, 3e et 4e vertèbres dorsales, la respiration bronchique s'accentue de plus en plus, jusqu'à simuler un souffle amphorique. (*Rev. internationale*).

En présence de cet ensemble de signes physiques, on pourrait être tenté de croire à l'existence d'un processus intra-pulmonaire. En réalité, on se trouve en présence d'un engorgement, avec caséification de ganglions intra-thoraciques, d'origine scrofulo-tuberculeuse, et qui coïncide avec d'autres manifestations, appréciables, de la scrofule, mais sans qu'il y ait tuberculose pulmonaire concomitante.

L'aldéhyde formique contre les engelures.

M. le Dr Camus, médecin-major, préconise les badigeonnages de formol ou solution commerciale d'aldéhyde formique contre les engelures. « Lorsque cette solution, dit-il, est déposée à la surface de l'engelure, elle détermine une assez vive irritation, caractérisée par de la rougeur et une exacerbation de durée et d'intensité variables. Ce processus irritatif passager, en déterminant une congestion locale et en augmentant la vitalité des tissus, représente une réaction favorable à la guérison. De plus, cette application détermine la production d'une couche cornée épidermique, qui met à se désagréger un temps assez long ; on sait, en effet, que le formol est un agent kératinisant de premier ordre. Il se trouve donc être, à lui seul, l'agent des deux médications, irritative et protectrice.

« La technique du traitement de l'engelure à la période d'érythème est très simple. Pendant deux ou trois jours consécutifs, rarement plus, on badigeonne la région atteinte avec une solution de formol pure ou dédoublée, une fois, deux fois par jour, plus souvent encore même, suivant l'époque, précoce ou tardive, du début du traitement et le degré de l'affection. Le premier effet que l'on observe, dès les premiers badigeonnages, est la disparition de la douleur et des démangeaisons. La tension et la rougeur diminuent ensuite rapidement et, après quelques jours, l'affection peut être considérée comme guérie.

« Le plus souvent, les hommes atteints d'engelures ne viennent réclamer les soins du médecin qu'à une époque assez avancée de l'affection, lorsqu'il existe des phlyctènes ou même que des ulcérations se sont produites. On évitera de toucher les ulcérations avec ce liquide très irritant, mais on appliquera sans crainte le traitement dans le cas de phlyctènes. L'ulcération se produit bien encore, mais l'ulcère a meilleur aspect et la cicatrisation tarde moins longtemps à se faire.

« Certains téguments peu souples finissent, sous l'influence du traitement, par se crevasser ; on y remédie par l'emploi de pommades qu'on peut compliquer et multiplier à loisir, mais où le corps gras employé à titre d'excipient, glycérine, axonge ou vaseline, joue le rôle actif. Pas plus que les autres médications préconisées, le formol ne met le sujet, d'une façon définitive, à l'abri de la récidive, mais rien n'est plus aisé que de recommencer une nouvelle série de badigeonnages. Peut-être même, aurait-on tout avantage à l'employer à titre préventif.

« En résumé, le traitement des engelures par les badigeonnages de formol est simple, d'une application facile et généralement très efficace. Il mérite d'être classé parmi les meilleurs traitements de cette affection bénigne, mais particulièrement rebelle. »

La laryngite chronique tabacique au Mont-Dore.

L'usage immodéré du tabac produit des lésions d'inflammation chronique du larynx et de la muqueuse rhino-pharyngée.

Chez certains sujets, l'abus du tabac est d'autant plus nuisible qu'il vient compliquer certaines diathèses, telles que la syphilis, le cancer, la tuberculose, l'arthritisme, ou que l'action de la nicotine se surajoute à celle d'autres agents irritants (poussières, alcool, etc.).

Le symptôme principal de la laryngite chronique tabacique est l'altération de la voix causée par l'épaississement de la muqueuse inter-aryténoïdienne.

Le traitement doit être surtout hygiénique. Suppression de l'usage du tabac, séjour à la campagne, cure d'air et de repos. Il faut surtout un traitement décongestif et sédatif.

« Or, dit M. le Dr Colombel, nulle station ne répond mieux que le Mont-Dore à ces diverses indications, et ses eaux méritent d'être considérées comme le véritable spécifique des inflammations produites par l'abus du tabac.

L'eau du Mont-Dore est essentiellement décongestive, sédative et reconstituante ; sa minéralisation est faible ; c'est une eau légèrement alcaline, gazeuse, bicarbonatée mixte, arsenicale, ferrugineuse et siliceuse qui exerce une action détersive et tonifiante sur les muqueuses des voies aéro-digestives supérieures.

En présence d'un malade atteint de lésions laryngées dues à l'abus du tabac, le médecin traitant devra d'abord user de son autorité pour conseiller à son client de restreindre le plus possible la quantité de tabac employé journellement ; peu à peu, il en supprimera complètement l'usage, puis il s'adressera à la médication thermale proprement dite.

Les inhalations de liquides à l'état de vapeurs

chaudes ont été de tout temps reconnues très efficaces dans le traitement des laryngites chroniques.

Les vastes salles d'inhalation du Mont-Dore réalisent l'installation idéale pour ce mode de traitement.

Pendant le séjour des malades dans les salles d'inhalation, le médecin prescrira des pulvérisations locales dont les bienfaisants effets viendront s'ajouter à ceux obtenus par l'action des vapeurs.

Sous cette double influence, la muqueuse laryngée et celle du rhino-pharynx subiront une modification profonde et salutaire ; leur activité nutritive et fonctionnelle sera réveillée ; il se produira une véritable action détersive et sédative ; les sécrétions glandulaires deviendront plus fluides, plus abondantes et plus faciles.

Chez certains sujets profondément intoxiqués par la nicotine et dont les alvéoles pulmonaires ont subi pendant de longues années la double influence fâcheuse des poussières irritantes et de la fumée de tabac, on pourra obtenir une dérivation stimulante énergique en ordonnant quelques bains hyperthermaux. Les indications et contre-indications de ce mode de traitement pourraient faire ici l'objet d'une longue digression ; bornons-nous à dire que l'emploi de ces demi-bains est délicat et ne peut indifféremment s'appliquer à tous les malades. Les bains de pieds produiront une révulsion moins intense, mais leur usage journalier amènera une décongestion des plus salutaires de toutes les voies aériennes supérieures.

L'emploi judicieux des irrigations naso-pharyngiennes pourra rendre des services, principalement dans le cas d'obstruction des fosses nasales par des sécrétions visqueuses très adhérentes. Ces lavages sont peu en honneur dans la pratique rhinologique et la majorité des spécialistes blâment l'abus qui en est fait dans quelques villes d'eaux. Nous croyons que, sans proscrire formellement la douche de Veber, il convient d'en limiter l'emploi à certains cas particuliers. Elle peut être prescrite dans la pharyngite granuleuse, quand l'affection tend à se propager à l'arrière-cavité des fosses nasales. Même dans ce cas, nous donnerions la préférence au lavage rétro-nasal pratiqué avec la canule spéciale de Moure ou de Vacher.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital St-Antoine : M. le Professeur agrégé THIROLOIX.

L'entérite muco-membraneuse et son traitement.

J'ai l'intention de vous exposer aujourd'hui le traitement ou, pour mieux dire, le régime alimentaire thérapeutique de l'entérite muco-membraneuse.

Je soigne actuellement, dans ma clientèle de ville, un assez grand nombre de cas d'entérite muco-membraneuse. S'il en est ainsi, c'est que, depuis deux ans environ, j'applique aux malades atteints de cette affection une méthode curative dont ils apprécient l'utilité ; ils en témoignent en revenant à ma consultation, ce que je n'arrivais guère à obtenir autrefois avec les traitements anciens. Je vais choisir un exemple, pris entre nombre d'autres. Je revoyais, vendredi dernier, un malade de 45 ans, dont voici l'histoire clinique. Cet homme, qui dirige une grosse industrie en province, était atteint depuis bien des années d'une constipation opiniâtre et il rendait de temps en temps, par le rectum, des glaires et des fausses membranes. Il y a deux mois, il présenta une crise abdominale que trois médecins consultés qualifièrent de crise intestinale, de colique hépatique, d'appendicite. Comme on lui conseillait une opération, il vint, adressé par son médecin, me demander avis. Ses traits étaient tirés, fatigués ; il était dans l'impossibilité de continuer ses occupations. Il me raconta son histoire. Je portai le diagnostic d'entérite muco-membraneuse et, lui ayant formulé un régime dont je vous reparlerai, je le priai de revenir au bout de deux mois. Je l'ai revu vendredi et j'ai pu constater un changement complet dans son état. Son teint a repris sa coloration normale, son aptitude au travail est satisfaisante et ses garde-robes sont maintenant régulières.

Comment faut-il considérer l'entérite muco-membraneuse ? J'ai traité devant vous, il y a quinze jours, la question de la gastro-entérite banale des nourrissons. Eh bien ! cette maladie présente avec l'entérite muco-membraneuse des points de comparaison multiples. Sans doute, l'une a à sa base une exagération de la température extérieure (la saison estivale), et l'autre le terrain névropathique sur lequel elle évolue. Mais toutes les deux ont pour origine véritable une erreur alimentaire, une faute d'alimentation qui engendre des modifications de la flore bactérienne de l'intestin ; toutes les deux sont arrêtées par le même régime bio-farineux.

Les auteurs ne donnent pas de définition de l'entérite muco-membraneuse. Pour eux, cette affection est un syndrome que des causes morbigènes disparates peuvent engendrer. Pour moi, je définis l'entérite muco-membraneuse : « une maladie chronique du tractus intestinal dont la persistance s'explique par la continuité d'une erreur alimentaire ». C'est là une étiologie nette. La prolifération d'une nouvelle flore intestinale, conséquence de l'erreur alimentaire, engendre des toxines qui vont créer l'ensemble symptomatologique. Les altérations anatomo-pathologiques sont toujours superficielles et compatibles avec une existence à peu près normale : l'entérite muco-membraneuse est, en un mot, plus une infirmité qu'une maladie.

L'entérite muco-membraneuse est une affection fréquente, qui s'observe principalement

dans la bourgeoisie. Elle est de tous les âges, mais se voit surtout de 20 à 45 ans et plutôt dans le sexe féminin. Elle atteint de préférence les névropathes ; aussi est-elle parfois familiale. Elle se développe à la suite d'exagérations alimentaires, de suralimentation carnée. Souvent, elle est associée à des viscéropathies, hémorrhoïdes, lésions utérines, rein flottant, appendicite, etc., qui évoluent en même temps que l'entérite sans la provoquer ; la guérison de ces viscéropathies n'amène nullement, comme on l'a cru, la guérison de l'entérite.

Le syndrome clinique de l'entérite muco-membraneuse comprend cinq groupes de symptômes qui sont :

a) La constipation ;
b) L'évacuation de glaires et de membranes ;
c) Des douleurs ;
d) Des modifications de l'intestin ;
e) Des modifications de l'état général.

La constipation est le symptôme majeur. C'est le plus constant. Les garde-robes sont rares, sèches, parcellaires, fragmentées.

Avec les garde-robes ou indépendamment d'elles, le malade expulse des glaires (qu'il compare à du blanc d'œuf), des membranes (qu'il compare au ténia), en quantités quelquefois énormes, invraisemblables. Il peut rendre aussi du sable, des graviers, dus à la desquamation épithéliale mêlée de sels de chaux.

Les douleurs sont souvent diffuses, avec maximum au niveau de l'angle colique, de la région appendiculaire.

Si l'on examine l'abdomen, on trouve tantôt un intestin mou (chiffon, dit-on), tantôt un intestin dur, comme un tube de caoutchouc. L'intestin est ramolli, atone, ou contracturé. Les autres viscères peuvent être ptosés.

Quant aux troubles généraux, ce sont des phénomènes d'ordre toxique, amaigrissement, inaptitude au travail, céphalée, voire dyspnée et tachycardie.

L'entérite muco-membraneuse est une maladie chronique qui évolue pendant des années et est entrecoupée d'incidents aigus. Ces poussées aiguës sont des exacerbations de la maladie primitive. Elles tiennent à des excès dans l'alimentation carnée. Elles guérissent par le repos au lit, les compresses chaudes, les bains chauds, la diète hydrique, etc. Pendant ces crises, la constipation devient absolue, les douleurs sont violentes, et le patient expulse des glaires, des membranes, du sable, quelquefois du sang — symptôme qui ne doit pas alarmer. Il a de la fièvre et un état général assez mauvais.

Les lésions anatomo-pathologiques sont superficielles. Il y a irritation, inflammation de surface. L'irritation, agissant sur l'élément musculaire de l'intestin, donne du spasme ou de l'atonie ; agissant sur la muqueuse, elle crée le trouble sécrétoire, la coagulation du mucus sécrété, etc.

Le traitement de l'entérite muco-membraneuse a subi des changements considérables depuis quelques années. Selon les idées régnantes, on a eu successivement recours à des moyens mécaniques, chimiques, médicaux, chirurgicaux.

Pensant trouver dans la constipation le nœud du problème on a préconisé les purgatifs, les lavages intestinaux, l'électrisation, le massage.

Au nom de la théorie nerveuse on a recommandé la psychothérapie. A la vérité, je ne me sens pas beauoup de goût pour chercher à convaincre un malade, qui est réellement constipé depuis de nombreuses années et qui rend des glaires et des paquets de membranes, qu'il n'est pas constipé et qu'il ne rend pas de membranes ! Le traitement dirigé contre le terrain névropathique ne donne rien.

On a espéré faire mieux en s'adressant aux viscéropathies.

M. Robin, estimant que l'entérite muco-membraneuse est d'origine gastrique, a prescrit les alcalins ou les acides selon l'état dyspeptique.

Attribuant l'entérite au foie on a donné de l'extrait de bile. L'attribuant au corps thyroïde on a donné de l'extrait thyroïdien.

D'autres auteurs, allant plus loin que l'opothérapie, ont eu recours aux interventions chirurgicales. L'entérite ayant été mise sous la dépendance d'altérations viscérales associées, on fut amené à enlever les hémorrhoïdes, l'appendice, la vésicule biliaire, à faire des néphropexies, des néphrectomies même, etc. Ces opérations n'ont été suivies d'aucune amélioration sérieuse.

J'arrive maintenant au traitement nouveau auquel je me suis rallié. Pour le formuler, je me suis laissé guider par les travaux de Combe et de Tissier. Ce traitement vise l'erreur d'alimentation qui est à la base de la maladie et qui produit le déclanchement cause de celle-ci.

Le traitement en question est avant tout un régime. Il comporte trois étapes qui sont :

1° Le régime bio-farineux ;
2° Le régime farino-carné ;
3° Le régime farino-légumino-carné.

Exposons les grandes lignes de la cure.

Première étape. Régime bio-farineux.

Dans cette première période, qui dure 3 à 4 semaines, on donnera des farines, des pâtes, et des bouillons de culture.

On recommandera au malade :

De ne jamais boire en mangeant ;

De prendre un repos après le repas, pendant une demi-heure environ ;

De se présenter à la garde-robe à la même heure ; les résidus étant abondants, les garde-robes deviennent également abondantes.

Seront proscrits de l'alimentation : le lait, les œufs, le bouillon, le jus de viande, la gelée, toutes espèces de viandes rouges ou blanches, les poissons. Affirmez aux malades, s'ils s'en inquiètent, que cette suppression de la viande n'amènera pas de diminution du poids du corps.

L'alimentation se composera de :

Potages aux farines de céréales. Mettre par potage (potage à l'eau, sans lait) deux à trois cuillerées à soupe de crèmes de riz, d'orge, d'avoine, d'arrow-root, de maïs. Remplacer les farines de céréales, pour les malades qui n'en veulent pas, par du tapioca, du vermicelle, ou des bouillies avec des bouillons spéciaux ;

Pâtes alimentaires sans œufs, macaroni, nouilles, cuits pendant une heure et servis avec du beurre frais ;

Céréales, riz, orge, semoule (en petite quantité, si constipation) ; légumes frais en purée, pommes de terre, céleri, fèves, petits pois, carottes, navets, haricots ;

Fruits crus, raisin, pêche, figues fraîches, mirabelles, abricots, framboises, groseilles ; fruits

secs, abricots, figues, fruits confits ; marmelades, gelées de poires, de pommes, d'oranges ;

Pâtisseries, gâteaux avec sucre, beurre et farine, tartes, galettes, pudding, gâteaux de riz ; entremets, gâteaux secs.

Comme graisse, beurre frais ; crème fraîche, jaune d'œuf (pour les pâtisseries).

Comme pain, pain bis, pain de seigle, pain grillé, biscottes.

Comme boissons, eau de source et infusions chaudes, de camomille, de feuilles d'oranger ; eau lactosée à 50 pour 100.

Voici un ensemble-type de menus pour une journée :

Le matin à 7 heures, un potage avec farines, ou pâtes, ou une bouillie avec biscottes et beurre frais.

A 10 heures, boisson avec ou sans fruit de saison.

A midi et le soir, un plat de pâtes ou de céréales, un plat de légumes frais, une compote, des pâtisseries ; ne pas boire.

A 4 heures, fruit, eau lactosée.

A 10 heures du soir, boisson chaude.

Prendre tous les jours un verre à madère de bouillon de culture de bacille para-lactique en symbiose avec le bifidus.

Deuxième étape. Régime farino-carné.

Le malade, au bout de 4 semaines, passe au deuxième régime, ainsi réglé :

Abandon du bouillon de culture.

Ajouter au régime n° 1 un peu de lait, de bouillon de poulet, de bouillon avec des substances gélatineuses, des viandes grillées, de la tête et du jarret de veau, des volailles maigres (poulet, dindonneau, pintade, perdrix) dépouillées de la peau, des poissons maigres (merlan, sole, barbue, rouget, turbot, alose, brochet), des œufs peu cuits.

Menus pour une journée :

A 7 heures, un potage aux farines (potage au lait) ou 50 gr. de jambon d'York.

A 10 heures, eau avec fruit.

A midi et le soir, volaille, viande, purée de légumes frais, pâtisserie, pain bis ; ne pas boire.

A 4 heures, fruit.

A 10 heures du soir, infusion chaude.

Troisième étape. Régime farino-léguminol-carné.

Au bout de trois semaines, le malade passe à la 3e étape. Elle comporte trois repas par jour.

Ajouter aux régimes n° 1 et n° 2 les potages épais avec des légumes frais.

Remplacer les pâtes par des légumes secs, lentilles, fèves, pois, haricots, flageolets.

Sont permis maintenant : tous les légumes frais, toutes les salades cuites, les poireaux, les tomates, les carottes, les choux-fleurs, les sauces (blanche, mayonnaise, maître d'hôtel, au citron, aux tomates).

Sous l'influence de ces régimes, le malade est très amélioré. Mais, en raison de la persistance du terrain névropathique sur lequel se greffe l'entérite, il doit être surveillé : il recommencera la cure, si les troubles réapparaissent.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

THÉRAPEUTIQUE

Un bon traitement de la blennorrhagie aiguë.

Si chaque médecin, en présence d'un cas d'urologie, de gynécologie, de dermatologie, faisait appel aux spécialistes, il ne lui resterait bientôt plus de malades. Il faut donc que chacun de nous possède sur les diverses branches de la médecine des données exactes et sûres lui permettant d'envisager sans crainte, même les cas embarrassants.

Voici, par exemple, un malade atteint d'urétrite aiguë gonococcique. L'affection est banale, mais difficile à traiter. Que de fois, en effet, avons-nous déclaré guérie une blennorrhagie, qui reparaissait quelques mois plus tard ! que de fois une urétrite spécifique a-t-elle amené des rétrécissements inflammatoires, et des poussées prostatiques ! Il faut donc envisager sérieusement la thérapeutique de la chaudepisse, et comme depuis longtemps déjà nous instituons contre elle une médication qui nous donne de fort bons résultats, nous pensons qu'il n'est pas inutile de la signaler aux praticiens.

Mais d'abord nous établissons, dans l'évolution de la blennorrhagie aiguë, deux périodes distinctes. La première, occupant deux semaines environ, correspond à la localisation antérieure, la seconde, commençant vers la 3e semaine, est représentée par la propagation inflammatoire à l'urètre postérieur.

Dans la première période, nous proscrivons les balsamiques et nous utilisons d'emblée les grands lavages antiseptiques. Nous disons *grands lavages*, et non pas injections. Les injections, en effet, sont presque toujours mal faites par le malade et par conséquent insuffisantes et dangereuses.

Nous suivons donc la méthode de Janet, et nous faisons passer dans l'urètre antérieur seulement et deux fois par jour, un litre de la solution d'Anios à 1 %. Nous choisissons l'Anios parce que cet antiseptique n'est pas irritant pour les muqueuses et que, sans toxicité, il est plus puissant que le permanganate. Il agit, en effet, sur les germes morbides par une production régulière et continue d'oxygène naissant. Pour obtenir la solution à 1 %, il suffit de verser dans un litre d'eau bouillie une demi-division du flacon Anios.

Une recommandation qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est de placer le bock laveur assez bas pour avoir une faible pression, et ne pas pousser trop loin l'eau du lavage.

Sous l'influence de l'Anios, les phénomènes congestifs et douloureux s'atténuent. La couleur verdâtre de la purulence disparaît ; et, en 8 ou 12 jours, la sécrétion pathologique a très notablement diminué. Nous continuons encore nos deux lavages journaliers, et vers la fin de la 3e semaine, l'urétrite antérieure est en voie de régression. A ce moment seulement, nous utilisons les balsamiques et nous procédons aux lavages des deux portions urétrales, une seule fois par jour.

Les effets de ce traitement sont tout à fait remarquables. Les douleurs à la miction disparaissent entièrement, la sécrétion devient muqueuse et se tarit. Dans la grande majorité des cas, il

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

L'action apéritive et digestive de la Somatose dans la dyspepsie

Le 27 décembre 1906, une femme de 38 ans, sans profession, vient me consulter parce qu'elle était malade depuis environ un an et parce que sa maladie avait résisté à tous les traitements qu'elle avait suivis. Après examen approfondi, je diagnostique : dyspepsie gastrique. Avec les indications du régime à suivre, je lui ordonnai, comme tout traitement, une cuillerée à peine de Somatose liquide, matin, midi et soir, une demi-heure avant les repas, soit trois cuillers à soupe pleines par jour.

Au bout de six semaines sa dyspepsie était complètement guérie. Ce qui prouve que la Somatose liquide a une action remarquable dans les lésions de l'estomac, dans la dyspepsie et les digestions difficiles. Ses effets sont surprenants et bien supérieurs à ceux obtenus avec les eaux les plus renommées bicarbonatées sodiques ou calciques que ma malade avait bues pendant un an sans aucun succès. Si l'on compare les effets de ces dernières avec ceux observés avec la Somatose liquide, on est frappé de la différence des résultats : la dyspepsie a cédé avec la Somatose prise à la dose de trois cuillers à soupe par jour — je suis très affirmatif à cet égard, car j'ai été émerveillé de son pouvoir digestif — avec son usage exclusif, on est pris d'un robuste appétit, et c'est le cas de le dire : si vous n'avez pas faim, prenez de la Somatose liquide.

Cette action sans rivale de la Somatose liquide sur l'estomac ne peut être attribuée qu'à sa composition, les dyspeptiques n'ont qu'à l'essayer ; quand les eaux bicarbonatées ne leur auront réussi qu'à moitié, ils seront guéris avec la Somatose liquide. Les dyspepsies sont innombrables ; elles varient suivant leurs causes, suivant l'âge, le sexe, le tempérament, les occupations de l'individu qu'elles frappent ; néanmoins et puisqu'il est désormais acquis que l'atonie et la dilatation gastrique rentrent dans les formes hyposécrétoires, on peut toutes les grouper en deux classes : les dyspepsies par excès et les dyspepsies par défaut. Mais quelle que soit la classe de dyspepsie que l'on ait à traiter, la Somatose liquide en vient toujours à bout et en peu de temps. C'est un fait indiscutable.

La Somatose liquide active directement le travail digestif en excitant la muqueuse gastro-intestinale. Elle s'oppose aux fermentations putrides en réalisant l'antisepsie. Enfin elle calme la douleur lorsqu'elle existe et cela sans provoquer ni constipation, ni diarrhée et sans irriter la muqueuse gastro-intestinale. Elle agit donc à la fois comme un eupeptique, comme un antifermentescible et comme un calmant anesthésique. Comme on le voit, la Somatose liquide répond absolument aux quatre grandes indications de la thérapeutique des maladies de l'estomac : excitation de la muqueuse gastrique — action septique — antisepsie des voies digestives — anesthésie locale, s'il y a douleur, cas le plus fréquent. C'est la réalisation pharmaceutique parfaite, sous une forme agréable et pratique, de la médication des affections gastriques. Elle procure un soulagement immédiat et amène rapidement la guérison avec l'aide de l'hygiène appropriée. La Somatose liquide est avant tout et par excellence le régulateur des fonctions gastriques, fonctions capitales par l'influence qu'elles ont sur la santé générale.

Conclusion : La Somatose liquide est un eupeptique parfait, c'est un excitant et un stimulant de l'appétit, c'est un excellent digestif et conséquemment un reconstituant de premier ordre et hors de pair.

Dr MULLER.

P. S. — J'ai traité également et j'ai guéri complètement avec la Somatose un homme atteint de neurasthénie post-grippale et une femme atteinte de constipation opiniâtre. Ce qui prouve que le même médicament peut guérir plusieurs maladies si elles ont une origine commune. En effet, qu'est-ce que la neurasthénie ? C'est une maladie causée par l'affaiblissement du système nerveux. A quoi est due la constipation ? Neuf fois à un affaiblissement de la tunique musculeuse dans l'intestin. Or, que fait la Somatose ? Elle relève l'appétit et par suite les forces, elle rénove l'organisme tout entier, elle fortifie donc le système nerveux et la tunique musculeuse de l'intestin et voilà comment et pourquoi elle guérit la neurasthénie et la constipation.

n'existe pas de propagation gonococcique à la prostate et aux testicules. Vers la 4e semaine, le gonocoque disparaît. Le méat est absolument normal, la miction facile ; les urines sont claires, il n'y a plus d'écoulement. Si l'on parcourt l'urètre avec l'explorateur à bout olivaire, on remarque qu'il n'existe pas trace de rétrécissement. La blennorrhagie est guérie.

Ce qu'il faut retenir dans ce traitement antigonococcique, c'est la nécessité absolue d'utiliser les grands lavages et la solution d'Anios à 1 %. Cet antiseptique, en effet, n'est jamais caustique et, par sa production permanente d'oxygène, il exerce sur le gonocoque et les microbes secondaires une action empêchante très nette. Comme il est sans odeur et ne tache pas le linge, il est toujours bien accepté des malades.

Pour expliquer l'action curative du trioxychlorométhyle de vanadium dans la blennorrhagie, point n'est besoin de lui attribuer, comme l'ont fait quelques auteurs, un pouvoir antigonococcique particulier, il suffit de se rappeler que son pouvoir germicide égale celui du sublimé.

En tout cas, nous signalons, pour le traitement de cette urétrite aiguë, la méthode des grands lavages à l'Anios, comme nous ayant donné d'excellents résultats et sans le moindre inconvénient.

Dr E. Gerval.

HYDROLOGIE

Snobisme et Eaux minérales

Il vient de m'arriver une aventure qu'il faut que je vous conte (1).

Un de mes malades, un étranger, à qui je donnais des soins depuis près d'un an, était atteint d'une lourde adipose (130 kilos) avec accidents cardiaques consécutifs. La cure d'amaigrissement par l'alimentation avait pleinement réussi, puisqu'en moins de huit mois son poids était descendu à 90 kilos. En pareil cas, à la suite d'un amaigrissement si considérable, on peut craindre quelques troubles circulatoires dus surtout à une sorte de *cardioptose* ou encore de « cœur mobile », ce qui se comprend aisément. Pour les prévenir, j'ai coutume de faire suivre cette cure d'amaigrissement d'une autre cure hydro-minérale à *Royat*, dont les eaux bicarbonatées, chlorurées sodiques, carbo-gazeuses et chaudes ont pour but et pour effet de relever la tension artérielle, de tonifier — et même, quoique ces deux termes paraissent contradictoires — de calmer le cœur. C'est là, soit dit en passant, une indication thérapeutique qu'il ne faut jamais oublier de mettre en pratique dans tous les cas où l'amaigrissement a été plus ou moins considérable.

Mon malade, plein de reconnaissance, alors, pour un si beau résultat qui lui permettait de marcher, de chasser et de vaquer à ses occupations, promit formellement de suivre mes conseils. Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque je reçus, ces jours-ci, une lettre datée de Kissingen (Bavière) où il me disait textuellement : « Je fais ici, à Kissingen, une cure sur le conseil formel de mon médecin qui, en me détournant de Royat, m'a affirmé que Kissingen lui était similaire et même supérieur. »

Or, mes chers lecteurs, ces deux eaux ne sont pas du tout similaires, comme vous le savez. Sans doute, celles de Kissingen sont chlorurées sodiques et carbo-gazeuses, comme celles de Royat ; mais les premières sont froides, tandis que les secondes sont chaudes avec la température idéale de 35.5 (souce Eugénie) qui la rend bien supérieure à Kissingen, et comme le dit de la Harpe, dans son *Formulaire des eaux minérales* (Paris, 3e édition, 1896) : « l'eau gazeuse de Royat, chlorurée, lithinée et arsenicale, ses bains à eau courante, son air pur, tout concourt à lui donner des qualités reconstituantes. »

Qui avait donc eu le pouvoir et qui avait intérêt de modifier ainsi mon ordonnance en faveur d'une station étrangère, en détournant malhonnêtement et sournoisement le malade d'une station française ? Vous l'avez deviné, sans doute : c'est un médecin appartenant à une nation qui ne nourrit que des sentiments de haine féroce contre la France.

Mais alors, quelle morale tirer de l'histoire ? Elle est bien simple. Là-bas, au-delà des frontières, on fait une guerre acharnée à tout ce qui porte le nom français : aucun des médecins de ce pays n'envoie aux eaux françaises, ce qui est leur droit, je dirai même leur devoir. Et en France que faisons-nous, ou plutôt que font quelques médecins de Paris et d'ailleurs, très haut placés dans la hiérarchie médicale ? Ils ont le courage, triste courage, d'envoyer leurs malades aux eaux minérales de ces pays, tout simplement parce que leurs eaux portent des noms ronflants qui excitent l'admiration des malades sur la « grande science de leurs médecins ».

Je ne trouve pas d'autre raison pour expliquer ce snobisme révoltant de quelques « princes de la science », pensant bien qu'ils n'ont pas l'intention d'enrichir un peuple qui songe à fondre contre nous des canons avec notre argent, et pour lequel « la guerre est une industrie nationale », comme Mirabeau le disait déjà, il y a plus d'un siècle.

Ceci me rappelle une autre histoire :

Un de mes collègues, que je ne veux pas même désigner par une initiale, termine sa consultation, que j'ai lue, par les mots suivants : « Faire une cure hydro-minérale à Carlsbad, puis aller aux bains à Franzensbad ». Je me suis alors demandé si je rêvais.

Comment ? Nous avons en France une station remarquable à tous les points de vue contre la lithiase biliaire, l'incomparable *Vichy* ; nous avons des boues naturelles et non transportées comme à Franzensbad, à *Dax, Barbotan, Saint-Amand*, et voilà un médecin français qui ignore ou semble ignorer tout cela !

Le France est le pays le plus riche en eaux minérales de tous genres ; de véritables rivières d'eaux minérales d'une puissance considérable coulent dans nos Pyrénées et aux Alpes ; il y en a partout, au centre de la France, comme au Nord, ou au Midi, et ce sont des Français qui favorisent trop souvent l'exode de leurs compatriotes et des étrangers vers les stations minérales des pays ennemis !

(1) N. D. L. R.— Nous croyons utile de reproduire cet article, qui stigmatise un état mental trop répandu, et contre lequel il ne serait que temps de réagir. C'est dire que nous nous associons sans réserve à la protestation que fait entendre le Pr Huchard, au nom du bon sens, de l'intérêt des malades, des médecins et du pays tout entier.

La France est encore le plus beau pays du monde, elle a des sites admirables, des stations climatériques merveilleuses dans le Jura, dans les Cévennes, dans le Morvan, aux Alpes, aux Pyrénées, et on laisse toutes ces richesses improductives !..... On envoie à peine les malades pendant l'été à des stations d'altitude nombreuses, comme à *St-Gervais*, à *Chamonix*, à *Pralognan*, dans les Pyrénées-Orientales, dans l'Ariège, et dans cette Cerdagne française à peine connue, même de nom. A nos portes, dans le centre de la France, dans l'Avallonnais et dans les montagnes du Morvan, il y a des stations estivales remarquagbles, et seuls, quelques étrangers, Russes et Anglais, viennent les visiter et les admirer, Pendant vos vacances allez simplement à *Avallon*, dans l'Yonne et à *Château-Chinon*, dans la Nièvre, et vous me direz si nous ne sommes pas fous d'ignorer ainsi notre pays.

Par exemple, les Allemands, n'ignorent pas la France, et ne pouvant la conquérir tout entière, ils ont trouvé un moyen bien simple, ils la colonisent ! C'est ce que Gustave Lebon a démontré, il y a quelques mois, dans la *Revue Bleue* : « Partout où ils s'installent, d'abord en petit nombre, puis en nombre chaque jour grandissant, ils s'emparent de toutes les industries, de tout le commerce et sont bientôt les maîtres. Et c'est ainsi qu'en moins de vingt ans, ils sont devenus possesseurs de cette magnifique région méditerranéenne qui fut jadis le grand enjeu de l'histoire. Leur puissance se dessine actuellement sur 200 kilomètres de côtes et s'accentue rapidement. »

Cela est bien vrai, et j'ai raconté, il y a quelques semaines, l'histoire de *Sylvabelle* et de la *baie Cavalaire* que l'on a réussi à enlever aux entreprises et aux convoitises allemandes.

Encore une fois, je ne cesse de le répéter : Au double point de vue hydro-minéral et climatique, nous avons tout en France. Il y a un instant, je parlais de la nécessité d'envoyer les malades soumis à la cure d'amaigrissement aux eaux de Royat, où les bains carbo-gazeux sont destinés à élever la tension artérielle et à tonifier le cœur. Or, au lieu d'adresser les obèses en Autriche à Marienbad, n'avons-nous pas en France *Brides*, en Savoie, doublé à quelques centaines de mètres des eaux de *Salins-de-Moutiers* dont les bains carbo-gazeux d'une grande puissance, contribuent à remplir les deux indications thérapeutiques réclamées pour les adipeux ? Et, où trouve-t-on un pays où l'association d'eaux faiblement purgatives et de bains carbo-gazeux se trouve dans une région si rapprochée ?

A Nauheim, on fait grand bruit des bains carbo-gazeux qui deviennent une panacée pour tous les cardiaques, pour les hypertendus comme les hypotendus, pour les cardiopathies artérielles comme pour les cardiopathies valvulaires, pour les angineux et ceux qui ne le sont pas, pour les maladies organiques et les maladies fonctionnelles du cœur !... On sait, d'autre part, les dangers mortels auxquels sont exposés les cardiaques envoyés inconsidérément à cette redoutable station, dangers dont j'ai entretenu l'Académie de médecine, il y a trois ans. Or, en France, nous avons des eaux qui répondent à toutes les indications thérapeutiques des diverses maladies du cœur : *Brides* et *Salins-de-Moutiers* pour l'adipose cardiaque, *Evian* pour les cardiopathies artérielles, *Royat* pour les présclèreux et surtout pour les cardiopathes en imminence d'hypotension artérielle, *Bourbon-Lancy* pour les cardiopathies rhumatismales. Cette dernière station, comme tant d'autres, n'a qu'un tort : d'être en France ! Car, si elle appartenait aux étrangers, il y a longtemps que ceux-ci auraient vanté, proclamé, utilisé comme il convient ses admirables propriétés radio-actives dont j'ai démontré la puissance il y a quelques semaines. (*Journal des Praticiens*, n° 14 du 7 avril 1906.) Et la Compagnie qui les exploite... se laisse exploiter par la réclame étrangère, elle reste inactive comme tant d'autres, sans souci pour ses véritables intérêts. Heureusemenl,les malades sont là, et ce sont eux qui, considérablement améliorés ou guéris, se chargent de la propagande en revenant sans cesse à Bourbon-Lancy au point que le nombre de ses baigneurs a spontanément triplé en quelques années.

D'autre part, existe-t-il un pays où il y ait plus de stations hydro-minérales pour les rhumatismes, comme à *Aix en Savoie*, à *Bourbonne*, à *Bourbon-Larchambault*, à *Bourbon-Lancy*, à *Plombières*, à *Luchon*, à *Bagnères-de-Bigorre* ; pour les gravelles comme à *Vittel*, *Martigny*, *Contrexéville*, *Evian*, *Capvern*, *Aulus* ; pour les maladies de foie comme à *Vichy*, *Brides*, *Châtel-Guyon* ; pour les maladies des veines à *Bagnoles-de-l'Orne* ; pour les maladies de l'appareil respiratoire, comme à *Cauterets*, *Barèges*, *Amélie-les-Bains*, *Ax*, *Uriage*, *St-Honoré*, *Enghien*, *Le Mont-Dore*, *la Bourboule* ; pour les maladies de l'estomac et de l'intestin (*Pougues*, *Vals*, *Vichy*, *Brides*, *Royat*, *Le Boulou*, *Châtel-Guyon*, *Plombières*) ; pour les maladies du rein (*St-Gervais Uriage*, *Luchon*, *La Bourboule*) ; pour le diabète (*Vichy*, *La Bourboule*, *Brides*) ; pour les affections utérines (*Ussat*, *St-Sauveur*, *Eaux-Chaudes*, *Luchon*, *La Motte*) ; pour les maladies du système nerveux (*Lamalou*, *Néris*, *Bagnères-de-Bigorre*) ; pour la syphilis (*Luchon*, *Uriage*) ; où trouve-t-on des eaux salines supérieures à *Salins-du-Jura*, *Salins-de-Moutiers*, *Salies-de-Béarn*, *La Moullière*? Où trouve-t-on une localité où il y a comme à *Vals*, plus de 130 sources ? Et les eaux sulfureuses sont tellement nombreuses, elles offrent une gamme si variée qu'il faut renoncer à les citer parce que leur simple énumération deviendrait trop longue et presque fastidieuse.

Alors, mes chers lecteurs, défendons-nous, comme je viens de l'écrire à la *Gazette des eaux*, il y a quelques jours, à propos du nouvel impôt que l'on voudrait établir sur les eaux minérales dont j'ai été démontrer, cette semaine, la parfaite injustice et la grande inopportunité à M. Poincaré, ancien ministre des finances ; ne nous lassons pas d'agir. Vivre, c'est se défendre (telle est la définition de la vie, d'après moi). On se défend contre la maladie, contre la mort, contre l'infortune, contre toutes les injustices, contre les calomnies, contre les agressions, d'où qu'elles viennent, surtout contre la bêtise humaine (1) ; on doit se dé-

(1) Un journal médical d'une localité balnéaire qu'il est inutile de désigner autrement, pour faire une concurrence à Vichy, n'hésite pas à se placer sous la protection de Carlsbad, à laquelle il compare sa station, tout en la déclarant inférieure à Carlsbad et en proclamant celle-ci supérieure à Vichy ! L'auteur de cet article, un Français, paraît-il, a eu le triste courage d'altérer ainsi la vérité dans un but que l'on ne parvient pas à comprendre... ou que l'on comprend trop ! H. H.

fendre contre toutes les atteintes portées à nos richesses nationales, parmi lesquelles il n'en est pas de plus importantes que les eaux minérales et les stations climatiques.

Nous avons un beau patrimoine à faire valoir. Disputons-le aux convoitises de ceux qui veulent nous le ravir ou qui méditent de nous enlever notre place au soleil. Rappelons-nous l'histoire de Kissingen, et agissons en conséquence. Gardons nos malades chez nous, puisqu'ils peuvent y recouvrer la santé mieux qu'ailleurs.

H. HUCHARD.

CHRONIQUE DE MÉDECINE SOCIALE

LA MÉDECINE LÉGALE

des accidents du travail;

par le Dr Ch. DIVERNERESSE (de Saint-Mandé).

Lorsqu'un médecin a été choisi par un blessé du travail, il lui arrive fréquemment, lorsque son client arrive à la période de consolidation, qu'il lui tienne à peu près ce langage :

« L'agent de la compagnie me dit que l'incapacité, dont je suis atteint, est de 15 %, que j'ai par suite droit à une rente de 75 francs, et que, pour remplacer cette rente, la compagnie m'offre de la racheter en me versant immédiatement une somme de 600 fr. Pourriez-vous me dire, monsieur le Docteur, si je n'ai réellement que 15 % d'incapacité, si je n'ai droit qu'à 75 francs, et si la compagnie n'a que 600 fr. à me verser pour se libérer complètement de toutes ses obligations envers moi. »

Si ces questions sortent du domaine de la médecine scientifique pratique, il est incontestable qu'elles sont bien du domaine de la médecine sociale. Or, aujourd'hui surtout, sous peine de voir son cabinet déserté de tous ses compatriotes, le médecin ne peut plus supposer que son rôle dans la société se borne à examiner des malades et à leur donner une ordonnance. Des lois d'hygiène ont été promulguées qui ont pour but de préserver les individus des maladies, et des lois de protection qui les garantissent en partie contre le préjudice que leur causent les accidents. Que le médecin trouve ces lois bonnes ou mauvaises, qu'il les approuve ou les blâme, peu importe, il doit les connaître. Car son client ne se contente plus aujourd'hui de lui demander une ordonnance pour le guérir, ou son avis sur le pronostic de son mal, mais il lui demande encore quels sont les droits que lui confèrent les lois actuelles contre le voisin qui, par négligence des prescriptions hygiéniques, l'a rendu malade, ou contre le patron au service duquel il a été blessé.

Le médecin qui ne saurait répondre à des questions de ce genre serait considéré comme un être inférieur, ignorant des mœurs de son époque, incapable de tenir le rôle d'un médecin et indigne de la considération qui s'attache à sa profession.

Par contre, le médecin qui saura le mieux répondre aux questions de ce genre, que lui poseront de plus en plus souvent ses clients, celui qui aura fourni des renseignements qui se rapprocheront le plus des décisions rendues par les tribunaux, verra sa notoriété s'accroître rapidement avec sa clientèle. Il prendra dans les familles une autorité considérable, qui lui rendra ses clients très attachés, et qui rendra infructueux les efforts que pourraient faire des confrères voisins ou nouveau-venus pour restreindre son champ d'action.

Jusque-là le médecin pouvait tant bien que mal donner son avis sur le taux d'incapacité et le quantum de la rente, grâce à des tables qui ont toutes le défaut de ne pas se prêter à l'évaluation d'espèces particulières. Nous publierons bientôt une table d'évaluation pour remédier à ce défaut.

Mais dans aucune publication médicale, on n'avait fourni aux médecins le moyen de répondre à la question si souvent posée par le blessé : « Docteur, le tribunal m'a alloué une rente de 55 francs, la compagnie veut me la racheter pour 700 francs ; la somme que l'on m'offre est-elle suffisante, dois-je l'accepter, ou bien faut-il plaider avec la compagnie ? »

Désormais les membres du Concours et du « Sou Médical » pourront répondre avec précision à cette question en se servant du barême ci-après que nous faisons accompagner de quelques explications, qui en rendront l'usage facile.

Les rentes des ouvriers et des employés du commerce et de l'industrie blessés dans le travail.

Leur rachat. — Leurs transformations

Loi accident 1898-1905. — Art. 9. — Lors du règlement définitif de la rente viagère, après le délai de revision prévu à l'art. 19, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de cette rente, calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents, par la Caisse des retraites pour la vieillesse, lui soit attribué en espèces.

. . . .

Le Tribunal, en chambre du conseil, statuera sur ces demandes.

Les articles 3, 9, 21, 28, sont donc le substratum légal de cette importante question : *le rachat et la transformation des rentes.*

Loi accident, 1898-1905. — Art. 21. — Les parties peuvent toujours, après détermination du chiffre de l'indemnité due à la victime de l'accident, décider que le service de la pension sera suspendu et remplacé, tant que l'accord subsistera, par tout autre mode de répartition.

En dehors des cas prévus à l'article 3, la pension ne pourra être remplacée par le payement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 francs et si le titulaire est majeur. Ce rachat ne pourra être effectué que d'après le tarif spécifié à l'article 28.

En exécution de ces articles 9 et 21, lorsqu'un ouvrier victime d'un accident qui entraîne une incapacité partielle, a reçu une rente annuelle représentative de sa diminution d'aptitudes, il

Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs.

RÉDUCTION du SALAIRE	AGE AU MOMENT DE L'ACCIDENT								
	12 ANS	13 ANS	14 ANS	15 ANS	16 ANS	17 ANS	18 ANS	19 ANS	20 ANS
»	24,134	23,931	23,733	23,544	23,363	23,189	23,022	22,861	22,704
5 %	23,832	23,629	23,431	23,242	23,061	22,887	22,720	22,559	22,402
10 %	23,530	23,327	23,129	22,904	22,759	22,585	22,418	22,257	22,100
15 %	23,229	23,026	22,828	22,639	22,458	22,284	22,117	21,956	21,799
20 % = 1/5	22 927	22 724	22 526	22 337	22 156	21,982	21 815	21 654	21 497
25 % = 1/4	22,625	22,422	22,224	22,035	21,854	21,680	21,513	21,352	21,195
30 %	22,323	22,120	21,922	21,733	21,552	21,378	21,211	21,050	20,893
33,3 % = 1/3	22,122	21,919	21,721	21,532	21,351	21,177	21,010	20,849	20,692
35 %	22,021	21,818	21,620	21,431	21,250	21,076	20,909	20,748	20,591
40 % = 2/5	21,720	21,517	21,319	21,130	20,949	20,775	20,608	20,447	20,290
45 %	21,418	21,215	21,017	20,828	20,647	20,473	20,306	20,145	19,988
50 % = ½	21,116	20,913	20,715	20,526	20,345	20,171	20,004	19,843	19,686
55 %	20,814	20,611	20,413	20,224	20,043	19,869	19,702	19,541	19,384
60 % = 3/5	20,512	20,309	20,111	19,922	19,741	19,567	19,400	19,239	19,082
65 %	20,211	20,008	19,810	19,621	19,240	19,266	19,099	18,938	18,781
66,6 % = 2/3	20,110	19,907	19,709	19,520	19,339	19,165	18,998	18,837	18,680

RÉDUCTION du SALAIRE	AGE AU MOMENT DE L'ACCIDENT								
	21 ANS	22 ANS	23 ANS	24 ANS	25 ANS	26 ANS	27 ANS	28 ANS	29 ANS
»	22,549	22,393	22,233	22,065	21,886	21,697	21,496	21,285	21,065
5 %	22,247	22,091	21,931	21,763	21,584	21,395	21,194	20,983	20,763
10 %	21,945	21,789	21,629	21,461	21,282	21,093	20,892	20,681	20,461
15 %	21,644	21,488	21,328	21,160	20,981	20,792	20,591	20,380	20,160
20 % = 1/5	21,342	21,186	21,026	20,858	20,679	20,490	20,289	20,078	19,858
25 % = 1/4	21,040	20,884	20,724	20,556	20,377	20,188	19,987	19,776	19,556
30 %	20,738	20,582	20,422	20,254	20,075	19,886	19,685	19,474	19,254
33,3 % = 1/3	20,537	20,381	20,221	20,053	19,874	19,685	19,484	19,273	19,053
35 %	20,436	20,280	20,120	19,952	19,773	19,584	19,383	19,172	18,952
40 % = 2/5	20,135	19,979	19,819	19,651	19,472	19,283	19,082	18,871	18,651
45 %	19,833	19,677	19,517	19,349	19,170	18,981	18,780	18,569	18,349
50 % = ½	19,531	19,375	19,215	19,047	18,868	18,679	18,478	18,267	18,047
55 %	19,229	19,073	18,913	18,745	18,566	18,377	18,176	17,965	17,745
60 % = 3/5	18,927	18,771	18,611	18,443	18,264	18,075	17,874	17,663	17,443
65 %	18,626	18,470	18,310	18,142	17,963	17,774	17,573	17,362	17,142
66,6 % = 2/3	18,525	18,369	18,209	18,041	17,862	17,673	17,472	17,261	17,041

Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs (*suite*).

RÉDUCTION du SALAIRE	AGE AU MOMENT DE L'ACCIDENT								
	30 ANS	31 ANS	32 ANS	33 ANS	34 ANS	35 ANS	36 ANS	37 ANS	38 ANS
»	20,838	20,603	20,361	20,112	19,854	19,589	19,314	19,033	18,744
5 %	20,536	20,306	20,067	19,824	19,571	19,312	19,042	18,767	18,484
10 %	20,234	20,009	19,774	19,536	19,288	19,034	18,771	18,501	18,224
15 %	19,933	19,711	19,480	19,248	19,005	18,757	18,499	18,236	17,965
20 % = 1/5	19,631	19,413	19,187	18,960	18,722	18,480	18,228	17,970	17,705
25 % = 1/4	19,329	19,116	18,893	18,672	18,439	18,202	17,956	17,704	17,445
30 %	19,027	18,818	18,600	18,384	18,156	17,925	17,684	17,438	17,185
33,3 % = 1/3	18,826	18,620	18,404	18,192	17,967	17,740	17,503	17,261	17,012
35 %	18,725	18,520	18,301	18,096	17,873	17,648	17,413	17,172	16,925
40 % = 2/5	18,424	18,223	10,013	17,808	17,590	17,371	17,141	16,907	16,666
45 %	18,122	17,925	17,720	17,520	17,307	17,093	16,870	16,641	16,406
50 % = ½	17,820	17,628	17,426	17,232	17,024	16,816	16,598	16,375	16,146
55 %	17,518	17,330	17,133	16,944	16,741	16,539	16,326	16,109	15,886
60 % = 3/5	17,216	17,032	16,840	16,656	16,459	16,261	16,055	15,843	15,626
65 %	16,915	16,735	16,546	16,368	16,176	15,984	15,783	15,778	15,367
66,6 % = 2/3	16,814	16,636	16,448	16,272	16,081	15,894	15,693	15,489	15,280

RÉDUCTION du SALAIRE	AGE AU MOMENT DE L'ACCIDENT								
	39 ANS	40 ANS	41 ANS	42 ANS	43 ANS	44 ANS	45 ANS	46 ANS	47 ANS
»	18,449	18,148	17,841	17,527	17,206	16,878	16,541	16,198	15,849
5 %	18,195	17,901	17,600	17,293	16,979	16,658	16,329	15,993	15,652
10 %	17,942	17,653	17,360	17,059	16,752	16,438	16,116	15,788	15,455
15 %	17,688	17,406	17,120	16,826	16,524	16,218	15,904	15,583	15,257
20 % = 1/5	17,434	17,159	16,879	16,592	16,297	15,998	15,691	15,378	15,060
25 % = 1/4	17,180	16,911	16,638	16,358	16,070	15,778	15,479	15,173	14,863
30 %	16,927	16,664	16,398	16,124	15,843	15,558	15,267	14,968	14,666
33,3 % = 1/3	16,758	16,500	16,238	15,968	15,691	15,411	15,125	14,831	14,534
35 %	16,673	16,417	16,157	15,890	15,616	15,338	15,054	14,763	14,469
40 % = 2/5	16,419	16,170	15,917	15,657	15,388	15,118	14,842	14,558	14,271
45 %	16,166	15,922	15,676	15,423	15,161	14,898	14,629	14,353	14,074
50 % = 1/2	15,912	15,675	15,436	15,189	14,934	14,678	14,417	14,148	13,877
55 %	15,658	15,428	15,195	14,955	14,707	14,458	14,205	13,943	13,680
60 % = 3/5	15,405	15,180	14,955	14,721	14,480	14,238	13,992	13,738	13,483
65 %	15,151	14,933	14,714	14,488	14,252	14,018	13,780	13,533	13,285
66,6 % = 2/3	15,066	14,853	14,634	14,410	14,177	13,945	13,709	13,465	13,220

Barême minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs (*suite*).

RÉDUCTION du SALAIRE	AGE AU MOMENT DE L'ACCIDENT 48 ANS	49 ANS	50 ANS	51 ANS	52 ANS	53 ANS	54 ANS	55 ANS	56 ANS
»	15,496	15,141	14,786	14,431	14,076	13,720	13,362	13,002	12,638
5 %	15,306	14,958	14,610	14,261	13,913	13,564	13,213	12,862	12,501
10 %	15,117	14,776	14,434	14,091	13,749	13,407	13,063	12,722	12,364
15 %	14,927	14,593	14,258	13,921	13,586	13,251	12,914	12,583	12,228
20 % = 1/5	14,737	14,410	14,082	13,751	13,422	13,094	12,764	12,443	12,091
25 % = 1/4	14,547	14,227	13,906	13,581	13,259	12,938	12,615	12,303	11,954
30 %	14,358	14,045	13,731	13,412	13,096	12,782	12,466	12,163	11,817
33,3 % = 1/3	14,229	13,923	13,613	13,298	12,987	12,677	12,366	12,070	11,726
35 %	14,168	13,862	13,555	13,242	12,932	12,625	12,316	12,023	11,680
40 % = 2/5	13,978	13,679	13,379	13,072	12,769	12,469	12,167	11,884	11,544
45 %	13,789	13,497	13,203	12,902	12,605	12,312	12,017	11,744	11,407
50 % = 1/2	13,599	13,314	13,027	12,732	12,442	12,156	11,868	11,604	11,270
55 %	13,409	13,131	12,851	12,562	12,279	12,000	11,719	11,464	11,133
60 % = 3/5	13,220	12,949	12,675	12,392	12,115	11,843	11,569	11,324	10,996
65 %	13,030	12,766	12,499	12,222	11,952	11,687	11,420	11,185	10,860
66.6 % = 2/3	12,963	12,705	12,441	12,166	11,897	11,635	11,370	11,138	10,814

RÉDUCTION du SALAIRE	AGE AU MOMENT DE L'ACCIDENT 57 ANS	58 ANS	59 ANS	60 ANS	61 ANS	62 ANS	63 ANS	64 ANS	65 ANS
»	12,271	11,901	11,527	11,150	10,770	10,388	10,005	9,622	9,240
5 %	12,140	11,774	11,408	11,038	10,664	10,287	9,910	9,533	9,157
10 %	12,010	11,648	11,289	10,925	10,557	10,187	9,816	9,433	9,073
15 %	11,879	11,521	11,170	10,813	10,451	10,086	9,721	9,354	8,990
20 % = 1/5	11,748	11,394	11,051	10,701	10,344	9,985	9,626	9,265	8,907
25 % = 1/4	11,617	11,267	10,932	10,588	10,238	9,884	9,531	9,175	8,823
30 %	11,487	11,141	10,814	10,476	10,132	9,784	9,437	9,086	8,740
33,3 % = 1/3	11,400	11,056	10,734	10,401	10,061	9,717	9,374	9,027	8,685
35 %	11,356	11,014	10,695	10,364	10,025	9,683	9,342	8,997	8,657
40 % = 2/5	11,225	10,887	10,576	10,252	9,919	9,582	9,247	8,908	8,574
45 %	11,095	10,761	10,457	10,139	9,812	9,482	9,153	8,818	8,490
50 % = 1/2	10,964	10,634	10,338	10,027	9,706	9,381	9,058	8,729	8,407
55 %	10,833	10,507	10,219	9,915	9,600	9,280	8,963	8,640	8,324
60 % = 3/5	10,703	10,381	10,100	9,802	9,493	9,180	8,869	8,550	8,240
65 %	10,572	10,254	9,981	9,690	9,387	9,079	8,774	8,461	8,157
66,6 % = 2/3	10,528	10,212	9,942	9,653	9,351	9,045	8,742	8,431	8,129

peut faire remplacer cette rente par le versement d'une somme qui représente environ le capital que le patron est obligé de verser à la Caisse nationale des retraites, pour assurer le service de cette rente. Le rachat prévu à l'art. 21 est subordonné à deux conditions de principe, à savoir: 1° que la rente soit inférieure à 100 francs ; 2° que le titulaire de la rente soit majeur ; 3° il faut encore, d'après la jurisprudence, que le blessé d'une part, et le patron d'autre part, consentent à cet arrangement.

La même faculté de rachat est accordée aux ayants droit d'un ouvrier mort des suites de l'accident, veuves et ascendants, quand la rente est inférieure à 100 francs.

Cette opération de rachat a lieu, soit au moment de la conciliation, soit après le jugement qui fixe le taux de la rente, presque toujours dans l'année qui suit l'accident. Elle ne constitue pas un droit absolu, reconnu à une seule des parties en présence. Le législateur a voulu au contraire qu'il y ait accord entre ces parties, le patron ou la Compagnie qui le représente d'une part, la victime ou ses ayants droit, d'autre part. En effet, le blessé peut préférer la rente viagère au capital que le patron serait désireux de verser pour se débarrasser d'un seul coup de ses obligations. Par contre, le patron, qui peut faire le versement annuel d'une petite somme, serait parfois embarrassé pour verser le capital correspondant. Enfin l'espoir d'une diminution de charges que donne l'action en revision prévue à l'art. 19, disparaîtrait pour le patron, si on pouvait l'obliger à verser un capital sur lequel il n'aurait aucun recours ultérieur. Car si l'acceptation du capital par l'ouvrier lui enlève, en cas d'aggravation, le droit de revision précité et par suite la chance d'une augmentation de sa rente, cet ouvrier n'est pas tenu, en cas d'amélioration, de restituer une partie du capital reçu. C'est donc à bon droit que la loi exige le consentement réciproque des deux parties à l'opération du rachat avant l'expiration des 3 ans après lesquels le droit de revision est supprimé, et la rente devenue définitive.

Mais alors, pour le rachat du quart de la rente prévu à l'art. 9, après le délai imparti pour l'action en revision, le consentement du patron ou de l'assurance n'est plus nécessaire, le blessé n'a plus qu'à s'adresser au Tribunal qui statue en chambre du conseil pour accorder ou refuser l'autorisation sollicitée, selon les raisons fournies par l'une et l'autre des parties et l'opinion même des juges.

Indépendamment de la faculté de rachat dont il vient d'être parlé, le paragraphe 1er de l'art. 21 prévoit une autre forme de payement de la rente, dont le service pourra « *être suspendu ou remplacé, tant que l'accord susbistera, par tout autre moyen de réparation.* »

De bonne foi ou par calcul, il peut arriver que le patron engage son ouvrier blessé à ne pas poursuivre le règlement de la rente à laquelle il a droit, lui promettant du travail à des conditions avantageuses ; l'intéressé confiant accepte, et un beau jour, pour une cause ou pour une autre, il est privé de ce qu'on lui avait promis pour toujours. Alors, il n'est plus temps de faire valoir ses droits et l'on se repent, trop tard, d'avoir été trop confiant.

Il est donc prudent, quand pareille promesse est faite à une victime d'accident, qu'elle dise au patron : « C'est entendu, je suis prêt à accepter votre offre de travail que je trouve plus avantageuse que la rente qui me revient, mais nous allons faire les choses régulièrement. Nous allons procéder comme la loi l'indique, et devant le Président du Tribunal, nous fixerons la rente sur laquelle nous nous serons mis d'accord et nous signerons un procès-verbal de conciliation aux termes duquel la rente sera suspendue tant que vous m'emploierez à telles ou telles conditions. J'ai intérêt à rester chez vous le plus longtemps possible et vous à me garder pour ne point payer la rente. Quelque confiance que j'aie en votre parole, on ne sait ce qui peut arriver ; il vaut mieux faire le nécessaire» . Si le patron est loyal, il ne peut se refuser à agir ainsi et les droits de l'intéressé sont sauvegardés.

Ces prémisses posées, voyons maintenant comment est établi le barême ci-joint et comment il faut s'en servir.

Ce barême se présente sous la forme de tables composées de colonnes verticales. La première colonne à gauche contient les réductions que l'incapacité fait subir au salaire, échelonnées de 5 en 5 %, y compris les réductions du tiers ou 33 % et des deux tiers ou 66 %, fort usitées par les experts dans les évaluations d'incapacité. Les autres colonnes verticales contiennent le montant du capital qu'il faut verser à la Caisse des retraites pour assurer le service de un franc de rente, suivant l'âge du titulaire, cet âge est porté tout à fait à la partie supérieure de ces colonnes.

Notons que ce barême est aujourd'hui un peu faible, depuis que la capitalisation se fait à 3,25 au lieu de 3,50. Il ne prétend d'ailleurs qu'à établir un minimum au-dessous duquel les ouvriers doivent rarement accepter la transaction. Comme le barême indique un minimum, ils peuvent toujours demander plus que les sommes indiquées par ces tables reconnues notoirement trop faibles.

Remarquons aussi que le prix du franc de rente est d'autant plus élevé que le titulaire est plus jeune et que l'incapacité est plus faible. Ceci tient aux chances d'une survie d'autant plus longue que l'accident a été moins grave et a entraîné une incapacité plus faible. Ceci s'explique parce que plus la survie est longue, plus longtemps la rente sera servie, et plus élevé doit être le capital destiné à servir cette rente.

Prenons des exemples pour faire comprendre l'usage du barême.

Soit un ouvrier âgé de 40 ans, qui gagne 1,400 francs par an, et qui est victime d'un accident entraînant une incapacité à laquelle correspond une réduction de salaire de 10 %, ou de 140 francs. La rente à laquelle il a droit est égale à la moitié de la réduction de son salaire (art. 3) soit à 70 fr. Pour trouver le capital minimum auquel cet ouvrier peut prétendre pour le rachat de sa rente, cherchons, parmi les colonnes verticales, celle qui porte en tête l'âge de notre victime, 40 ans, et, dans cette colonne, le chiffre qui correspond à la réduction de 10 % contenue dans la première colonne de gauche ; cherchons dans la ligne horizontale des évaluations de 10 %, l'évaluation qui correspond dans la ligne verticale à la colonne des 40 ans, nous trouvons 17 fr. 653. C'est-à-dire qu'un franc de rente est racheté par un capital de 17 fr. 653 ; à l'âge de 40 ans, pour une incapacité 10 %, 70 francs de rente seront rachetés par 70 fois plus, 17,653 × 70 = 1235 fr. 71. Cette somme

de 1.235 fr. représente donc pour l'ouvrier de 40 ans le capital minimum auquel il a droit pour que la compagnie se libère de l'obligation de lui servir sa rente lorsqu'il a subi une diminution de salaire de 140 fr., et qu'il a droit à une rente de 70 francs.

Ce premier exemple repose sur des chiffres simples, existant dans les tables, et il ne comporte aucune difficulté. Nous en examinerons un second plus compliqué pour montrer comment il est possible de tirer parti du barême dans toutes les circonstances qui peuvent se rencontrer en pratique.

Soit donc un ouvrier de 35 ans qui gagne annuellement 1.620 francs. Il est victime d'un accident qui entraîne une incapacité permanente partielle que l'agent a estimé à 12 %, c'est-à-dire que par suite de son accident il perd 12 fr. par chaque 100 fr. de salaire qu'il gagnait avant l'accident. S'il subit un déchet de 12 francs pour 100 francs, pour 1 franc il subira 100 fois moins grand, ou 12 : 100 et pour 1.620 francs, 1620 fois plus grand ou (12 × 1620) : 100 = 194 fr. 40 de déchet. La rente à laquelle il a droit représente la moitié de ce déchet, soit 97 fr. 20. Pour calculer le capital qui devrait être versé à la Caisse des retraites pour assurer le service de cette rente, et auquel il peut prétendre pour le rachat de cette rente, nous nous servirons du barême ci-joint, en remarquant que la réduction de 12 % n'y figure pas. Nous chercherons par conséquent le capital correspondant aux réductions les plus rapprochées en plus et en moins du taux de 12 % c'est-à-dire 10 % et 15 %. Le prix de rachat de 1 fr. de rente pour une réduction de 10 % est de 19 fr. 034. Pour 97 fr. 20, il sera 97,20 plus élevé ou 19,034 × 97,20 = 1850, en chiffre rond. Le prix de rachat de 1 fr. de rente pour une réduction de 15 % est de 18 fr. 757. Pour 97 fr. 20, il sera 97,20 plus élevé, ou 18,757 × 97,20 = 1823. La différence entre les deux capitaux correspondant respectivement à 10 % et à 15 % de réduction est égale à 1850 — 1823 = 26 francs, écart insignifiant et dont il n'y a pas lieu de tenir compte, et on dira au blessé: vous avez droit à un peu plus de 1823 fr. et à un peu moins de 1850 fr.

Si nous avions à calculer le capital de rachat d'une rente correspondant à une réduction de 13 %, nous procéderions de la même manière, l'écart étant insignifiant dans la pratique.

Et si, au lieu de 12 ou 13 %, nous avions affaire à une réduction de 27 % par exemple, nous nous servirions du même calcul en calculant le taux des réductions les plus voisines, soit celles de 25 et de 30 %, comme nous venons de l'expliquer.

Les tables servent également à calculer le capital de rachat des rentes des ayants droit de la victime décédée, veuve ou ascendants. Mais l'opération est simplifiée par l'inutilité du taux de réduction. Il suffit de prendre dans les colonnes verticales le premier chiffre placé immédiatement au-dessous de l'âge du bénéficiaire et de le multiplier par la rente dont jouit celui-ci, pour trouver le capital correspondant. Soit donc une veuve de 30 ans, titulaire d'une rente de 90 fr., représentant 20 % du salaire annuel de la victime (art. 3, A.), nous trouvons immédiatement au-dessous de l'indication de son âge, 30 ans, le chiffre de 20,838, capital correspondant à 1 fr. de rente. Pour 90 francs de rente, elle aura droit à un capital minimum 90 fois plus grand, ou 20,83 × 90 = 1875 fr. 42.

La même façon de faire s'applique au calcul du capital de rachat de la rente pour les ascendants.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Séances de la Commission permanente des 23 et 30 mai 1907.

Présents : MM. Maurat, Vimont, Diverneresse, de Grissac, Jeanne, Daverne.

La Commission décide la convocation du Conseil tout entier pour le jeudi 13 juin à 4 heures du soir. Elle charge de ce soin M. le Dr Daverne qui remplira désormais près d'elle les fonctions de secrétaire des séances.

M. le secrétaire général fait l'exposé des faits de la semaine et des affaires nouvelles.

Entre MM. les Drs J. et J. il sera procédé, après avis du Syndicat local, à un arbitrage en règle devant des délégués du Conseil.

La contestation entre MM. les Drs D. et P. au sujet de provision pour expertise vient de tomber du fait imprévu du versement par la Compagnie d'assurances de la provision réclamée par l'expert. Nous perdons par cet incident l'occasion de voir sans nul doute confirmer par jugement la thèse si bien développée par Me Gatineau dans le no 18 du *Concours* de cette année.

M. le Dr R. S. donne communication d'un compromis survenu entre son client et lui dans le but de retirer la poursuite judiciaire.

Lecture est ensuite donnée d'une lettre du Dr M. qui, grâce à l'appui donné par le *Sou*, a obtenu toutes satisfactions dans une contestation d'honoraires pour accidents du travail avec la Compagnie, la P......... Il est décidé, en principe, que le « Sou » coopérera aux frais provoqués par le procès; la quotité de la participation ne sera fixée qu'après communication du dossier.

Communication est faite d'une lettre de remerciements du Dr N..., de Paris, qui, avec l'appui du « Sou », est parvenu à se faire régler des honoraires contestés par un débiteur opposant à une réclamation d'honoraires une demande en dommages et intérêts pour faute lourde.

Il est décidé ensuite qu'une enquête serait faite, sur l'initiative du Dr R..., au sujet de l'évaluation, au point de vue de l'incapacité fonctionnelle médicale de la perte totale de l'index: les résultats de cette enquête, vu l'importance du fait au point de vue professionnel, seront exposés à tous les confrères dans un article que publiera le *Concours*.

Le secrétaire général fait part de l'efficacité de l'action du « Sou », dans les poursuites intentées par Dr A. (Hte-S.), qui a obtenu un jugement contre un rebouteur, et du Dr O. au sujet de contestation d'honoraires (Loi de 1898). Il donne lecture ensuite d'une pétition adressée au Ministre de la Justice pour protester contre la décision du Procureur de la République de L... et du Procureur général près la Cour de C... qui fait rentrer dans les attributions du service d'Assistance médicale gratuite une constatation judiciaire pour laquelle réquisition fut faite par le maire de la commune de G. Cette pétition fait remarquer que ladite réquisition ne fut pas rédigée par le maire en tant que président du bureau d'assistance,

mais bien comme officier de police judiciaire, et que par conséquent, les frais occasionnés par cette constatation médico-légale sont bien des frais de justice criminelle.

Est soumise au Conseil une plainte adressée à M. le Procureur de la République à Paris contre le greffier de la Justice de Paix de P..., pour détournement, au profit d'une clinique spéciale d'accidents du travail des blessés de la commune de P., en cours de traitement, au détriment des médecins traitants résidant dans cette commune.

Après examen d'autres affaires en cours, et après fixation de l'assemblée trimestrielle, la séance est levée.

30 mai 1907.

Le secrétaire des séances,
R. DAVERNE.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat départemental des médecins de la Mayenne

Réunion ordinaire du Syndicat tenue à Laval le samedi 11 mai 1907.

La séance est ouverte à l'Hôtel-Dieu de Laval à 10 h. 1/2, sous la présidence de M. le Dr CELLIER, président.

Etaient présents :

MM. les Drs CELLIER, président ; GAUMÉ, vice-président ; BUCQUET, secrétaire ; ANGOT, trésorier ; DUPRÉ, LASSALAS, LOISELEUR, BATARD, PIVERT, JALLOT, CHEVALLIER, GEORGET, FERRON (Argentré) ; JOUIS.

Sont excusés :

MM. les Drs FORTIN père et fils, CHARRIER, DANIEL, BUINEAU et LECOMTE.

M. le Dr Hardouin, de Daon, annonce par lettre qu'il a quitté la Mayenne pour se fixer à Angers ; il envoie sa démission de membre du Syndicat. Son successeur, M. le Dr Cauffon, a déjà donné son adhésion au Cercle de Château-Gontier.

COMPAGNIES D'ASSURANCES-ACCIDENTS

M. le Dr Ferron (d'Argentré), se plaint de l'agent d'une compagnie d'assurances-accidents, qui a fait dire dans la commune d'Argentré que les assurés de cette compagnie ne pouvaient être soignés en cas de sinistre que par un médecin de Laval ayant signé un contrat avec sa compagnie.

Des explications données et de la discussion qui suit, il résulte que l'agent a agi abusivement: 1° pour les assurés ouvriers, la loi de 1898 assure le libre choix du médecin par le blessé ; 2° si pour les assurés agricoles les compagnies ont le droit de choisir un médecin spécial, dans l'espèce le contrat dont il s'agit remonte à 1895, est périmé depuis longtemps, et est considéré comme nul par le médecin lui-même qui l'avait accepté jadis.

Le Syndicat renouvelle l'avis qu'il a bien des fois exprimé, à savoir qu'aucun médecin syndiqué ne doit s'obliger par contrat avec les compagnies d'assurances accidents.

CONGRÈS DES PRATICIENS.

Nous ne reproduisons pas le passage du compte-rendu de cette séance qui a trait au Congrès des Praticiens, C'est la réédition de ce que nous avons déjà maintes fois imprimé au sujet du libre choix du médecin par le malade quelle que soit la condition sociale de celui-ci. Nous ne retiendrons que le passage relatif aux relations de médecins à mutualistes. Quelles qu'aient été les difficultés de l'entente, nous croyons que celle-ci est imminente, et même virtuellement accomplie. La lecture des organes officiels de la Mutualité, l'*Avenir de la Mutualité* en particulier, est très instructive à cet égard. Dans son avant-dernier numéro, nous avons eu la satisfaction de lire des études corroborant les vues médicales, et nous avons de fortes raisons de croire la majorité mutualiste en voie de conversion à la doctrine de haute portée sociale de la liberté du choix du médecin.

Le Syndicat de la Mayenne était représenté par son aimable président au Congrès d'avril.

SERVICE MÉDICAL DES HOPITAUX

Après avoir rendu compte des incidents qui se sont produits au Mans, à l'occasion de la nomination d'un chirurgien titulaire à l'hôpital, M. le Président propose à l'assemblée d'adhérer au vœu adopté par la Société locale de la Sarthe et par le Syndicat des médecins de ce département en lui donnant une portée plus générale.

Ce vœu est ainsi conçu :

« Le Syndicat est d'avis que la question de la situation des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province intéresse le corps médical tout entier. Cette question est soumise à l'Association générale des médecins de France, en donnant à celle-ci mission de sauvegarder les intérêts et les droits acquis des médecins et chirurgiens suppléants et titulaires. »

Les commissions administratives des hôpitaux de province étant, de par la loi, libres de faire et de modifier à leur gré leur règlement intérieur, ont pris l'habitude, en ce qui concerne leur personnel médical, de modifier leurs règlements presque à chaque nomination suivant leurs idées du moment. Les unes, comme au Mans, suppriment un concours annoncé, ou bien mettent de côté le suppléant qui avait promesse de succession. Les autres créent au besoin des règlements qui leur permettent de supprimer les titulaires eux-mêmes.

Il appartient aux Syndicats de créer dans le monde médical un mouvement d'opinion tendant à obtenir une réglementation générale respectant les droits acquis des médecins et chirurgiens.

La séance est levée à midi et suivie du déjeuner habituel.

Le Secrétaire

Dr H. BUCQUET.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

Courlon, le 26 mai 1907.

Mon cher confrère,

Je viens de lire à la suite l'un de l'autre le numéro de la *Prévoyance Médicale* du 22 mai et celui du *Concours* du 26 mai. Dans le 1er, on publie à la première page et en toutes lettres les noms des pensionnés de la *Prévoyance*.

Dans le second, en fin de journal on publie un compte-rendu succinct de l'Assemblée générale de la Caisse des retraites et on voile pudiquement sous une initiale les noms des retraités.

Pourquoi ce qui est trouvé tout naturel à la *Prévoyance* est-il jugé dangereux à la Caisse de retraites? Pourtant les pensionnés de la Caisse auraient plus de raisons que ceux de la *Prévoyance* de voir publier leurs noms. Ils ont versé des sommes élevées pour se faire une retraite. Les autres n'ont rien versé du tout.

Vous savez qu'à toutes les Assemblées où je me suis trouvé j'ai demandé la publicité des noms des retraités. On m'a toujours fourni des raisons qui ne m'ont pas paru convaincantes.

L'exemple de la *Prévoyance* me semble de nature à vous montrer que vous avez tort de cacher les noms de nos adhérents et de nos retraités.

Je sollicite de vous la publication, *dans le corps du Journal*, de ma lettre. Je serais heureux de voir plaider par les intéressés une question intéressante.

Veuillez agréer, je vous prie, mes salutations confraternelles.

Dr Moret.

Réponse. — Nous ne pouvons que rappeler à notre confrère que cette décision ne peut être prise qu'en Assemblée générale et nous le prions de renouveler sa proposition *avant* la prochaine Assemblée générale.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Le Triomphe... relatif.

La Société de secours mutuels de Josselin a capitulé ; pour parler franc, elle n'avait encore rien refusé, puisqu'on ne lui avait encore rien demandé.

Le tarif est enfin plus convenable ; nous abandonnons les fameux 75 cent. et la Société veut bien nous accorder 1 franc par visite ou consultation de jour, 2 francs pour la nuit. De plus les fractures ou les luxations sont tarifées à 10 francs... et c'est tout.

C'est peu, me dira-t-on ?

Détrompez-vous, confrères, c'est colossal, énorme. Sachez bien qu'à Josselin, notre pire ennemi, c'est le médecin et que le médecin a tout le temps la sainte frayeur de faire tomber la S. S. M. en lui prenant trop cher.

Le sociétaire, pour douze francs par an, est dorloté par le médecin — gavé de sirops et de quinquinas par le pharmacien, pensionné à 1 fr. 50 par jour de maladie par le trésorier — retraité à un franc par jour environ au bout de 25 ans et finalement, pour clôturer dignement, bien qu'à regret cette liste intéressante, enterré (une fois mort bien entendu) gratuitement ! ! !

Il y a mieux certainement, mais c'est plus cher.

Puisse ce succès, dû à la ténacité d'un jeune qui débutant loin de son pays n'a pas eu peur de livrer le combat contre les S. S. M., encourager mes confrères ; s'ils le veulent, ils triompheront eux aussi.

Une personnalité judiciaire du Centre me disait que, dans sa région, les médecins avaient dompté les S. S. M. Ces dernières payaient le tarif complet sans réduction bien qu'en rechignant. Les quelques conflits soulevés se terminaient toujours à l'avantage du corps médical.

Conclusion :

La S. S. M. doit être une assurance contre la maladie et non contre le médecin.

Bien confraternellement,

Ch. Feyfant.

A propos d'un tarif qui coûte déjà bien trop cher au médecin.

Nous avons reçu ces jours derniers, la lettre suivante de l'*Avenir de la Mutualité* :

30 mai 1907,

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Monsieur le Directeur,

Les médecins ont très fréquemment besoin de consulter le *Tarif Médical et pharmaceutique* publié par le Ministère du Commerce, en matière d'accidents du travail.

Le numéro du *Journal officiel* reproduisant ce tarif étant épuisé depuis longtemps, beaucoup de vos confrères ne savent où se le procurer.

Voudriez-vous leur signaler que la Librairie de la Mutualité, à Bordeaux, a publié une édition pratique de ce tarif officiel, qui est envoyée franco contre mandat-poste de 3 francs, pour l'exemplaire broché, ou de 3 fr. 75 pour l'exemplaire cartonné ?

Dans l'affirmative, je me ferais un plaisir de vous en adresser gracieusement un exemplaire à titre de service bibliographique.

Veuillez croire, Monsieur le Directeur, à mes sentiments les plus dévoués.

G. Delmas.

Le *Concours médical* s'est empressé de remercier l'*Avenir de la Mutualité* de son aimable proposition, en l'informant qu'au lendemain même de la publication du Tarif Dubief il en avait tenu tous exemplaires nécessaires à la disposition des médecins au prix beaucoup plus modeste de 1 fr. 35, encore suffisant pour la bourse peu garnie du praticien en général.

Nous espérons bien, d'ailleurs, que la longévité de ce tarif, au moins dans ses chiffres actuels et dans ses dispositions de casse-tête chinois, n'autorisera pas le développement d'une spéculation de vente offrant un véritable intérêt...

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vingt-neuvième année — N° 24 — Dimanche 16 JUIN 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un cadeau venimeux.

L'information suivante a déjà fait le tour de la presse politique.

UN DON DE UN MILLION

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est occupé d'un don d'un million, proposé par M. Soller et sa fille. Cette dernière offre 600.000 francs et son père arrondit la somme. Les conditions du don font réfléchir le conseil de surveillance, qui ne s'est pas prononcé. Elles ont pour but de créer une sorte de comité de contrôle des pronostics émis et des opérations pratiquées par les médecins et chirurgiens des hôpitaux ; aucun médecin ne pourrait être admis dans ce comité.

Le groupe socialiste du conseil municipal a décidé de porter la question à la tribune et a chargé MM. Heppenheimer et Roussel de prendre la parole à ce sujet.

Nous ne nous serions pas autrement préoccupés de l'incident s'il n'était symptomatique d'un état d'esprit qui se généralise. Il y a quelques semaines, un « sauvage » de marque frondait la chirurgie et les chirurgiens. Il conviait le bon public à se méfier des suites d'opérations. « On ne meurt jamais que des suites ». Les plaisanteries dont notre profession fait les frais, sont classiques, amusantes parfois et assez inoffensives à la condition qu'elles soient courtes, comme toute bonne plaisanterie. Aujourd'hui, autre son de cloche, la note change, l'intention est venimeuse, et tend, si le Conseil de l'A. P. accepte ce don, à jeter un discrédit sans appel, sur la fraction du corps médical qui a le plus besoin de la confiance des patients. Il faudrait en finir, une bonne fois, avec tous les racontars qu'on répète et ressasse dans certains milieux. L'indigent à l'hôpital serait un cobaye, un sujet d'expériences ! Mais, la responsabilité du chirurgien n'est-elle pas la même, qu'il intervienne sur le plus humble des manœuvres ou sur le mieux apparenté des clubmen ? La sauvegarde des malades n'est pas dans une surveillance dégradante, vaine, illusoire, incompétente, qui peut, d'ailleurs, devenir facilement malveillante. Elle réside tout entière dans la probité professionnelle de celui qui a le périlleux honneur de tenter de sauver une vie humaine. Un de nos grands ancêtres n'a-t-il pas exprimé que « science sans conscience n'est que ruine de l'âme » ?

Dr DAVERNE.

LA SEMAINE MEDICALE

Dangers de l'extraction rapide de la tête dernière dans la version par manœuvres internes.

Dans une récente thèse, M. le Dr Bardinon, s'appuyant sur les recherches et les observations communiquées par MM. Bonnaire et Demelin, montre que beaucoup de déchirures du col et du segment inférieur avec mort possible de la femme, sans pour cela sauver l'enfant, proviennent de ce que l'on veut extraire de force un fœtus, dont le siège et les épaules passent souvent assez facilement, mais dont la tête dernière reste au-dessus du col qu'on abaisse à la vulve, qu'on force au prix d'une déchirure, mais que l'on fait céder rarement. Cette dilatation peut se faire, en effet, de dedans en dehors, mais lentement, par l'*expulsion spontanée du fœtus après l'abaissement d'un pied.*

« La conclusion à tirer de ces faits c'est qu'il est des cas fréquents, *dans les présentations de l'épaule,* où il y a rupture prématurée de la poche des eaux, dans lesquels on rencontre du spasme de l'anneau de Bandl ou du col, ou de la rétraction de ces deux organes. Ces deux complications, peuvent rendre le premier temps de la version difficile, mais possible ; elles rendent toujours le troisième temps très dangereux pour l'enfant qui en meurt le plus souvent, et pour la mère, qui risque des déchirures graves, des hémorrhagies parfois mortelles et l'infection. On devra donc, dans ces cas très dystociques, ne pas faire aussitôt l'extraction du fœtus, surtout dans l'intérêt de la mère et attendre la dilatation complète.

«*Dans le placenta prævia,* où on est souvent forcé de pratiquer la version avec un col incomplètement dilaté, celui-ci, après ou sans dilatation artificielle, laisse bien passer la main, mais s'oppose parfois à la sortie du siège et surtout au passage de la tête dernière. C'est au cours des manœuvres de traction dite « *soutenue* » pour extraire la tête dernière, que se produisent des éclatements du canal cervico-segmentaire, d'où hémorrhagie grave chez des femmes déjà anémiées, d'où mort fréquente d'un enfant déjà compromis. De plus, il y a intérêt, dans le placenta prævia, à ne pas vider rapidement l'utérus par crainte d'une syncope mortelle ou d'inertie utérine. La version non suivie d'extraction immédiate répond aussi à cette indication.

« Quand, *dans l'hydramnios ou dans la grossesse gémellaire,* on redoutera du spasme ou de la rétraction de l'anneau de Bandl ou du col, au cours d'une version par manœuvres internes, il sera préférable encore de ne pas pratiquer immédiatement l'extraction du fœtus. »

L'emploi des amers en thérapeutique gastro-intestinale.

M. le Dr Mollière a fait dans l'*Echo de la Médecine et de la Chirurgie* une étude de l'emploi des amers en thérapeutique gastro-intestinale.

Repoussant les classifications des auteurs de traités didactiques, qui n'intéressent pas le praticien parce qu'elles reposent sur les propriétés physico-chimiques des amers, M. Mollière propose la classification suivante :

Amers proprement dits agissant seulement par leur saveur. Citons parmi eux les salades d'endives, de chicorée et de dent de lion. Elles obligent le malade à bien mâcher, excitent par là même la sécrétion salivaire suivie d'une sécrétion gastrique meilleure, comme l'a démontré Pawlaw.

Trèfle d'eau..........	50 grammes
Vin rouge bouillant q. s. p.	1/2 litre.

3 cuillerées à soupe avant le repas.

Amers gastro-excitants ou gastro-sédatifs. Parmi les premiers on cite la noix vomique, l'absinthine, la quassine, conseillés avant le repas chez les tuberculeux, au début ou après le repas dans les cas d'insuffisance gastrique (Boas, Mathieu). Parmi les seconds, nous citerons le colombo et surtout la codéine et la dionine. Leur administration, quelques minutes avant de manger, remédie aux sensations pénibles qui, chez les nerveux hyperchlo-rhydriques, accompagnent la première digestion. Tous ces médicaments agissent même sous la forme de pilules ou de cachets.

Codéine..............	0,50 centig.
Eau de laurier-cerise..	50 gram.
Eau distillée........	150 —

Une cuillerée à soupe avant le repas.

Extrait de noix vomique..	1 gramme.
Extrait de fève de Calabar.	0,50 centig.
Excipient q. s. p. 50 pilules.	

Une après chaque repas.

On peut en dire autant de la classe suivante, celle des *amers cholagogues*. Le cholagogue idéal serait la bile de bœuf qui se prescrit, particulièrement, sous forme de spécialités. D'après Seure, de Saint-Germain-en-Laye, la gentiane présenterait des propriétés analogues. Dans l'entérite tuberculeuse, Einhom propose la créosote dans la teinture de gentiane, mélange à la fois antiseptique et sédatif intestinal. La sédation se produit d'une façon indirecte. Le véritable antispasmodique est la bile, dont la gentiane favorise l'excrétion.

Nous n'insisterons pas sur les *amers purgatifs* : rhubarbe, aloès, coloquinte. Leurs effets tendent à les faire abandonner. D'aucuns, il est vrai, affirment que les purgatifs sont les meilleurs antiseptiques intestinaux ; mais, d'autre part, on a vu des substances astringentes diminuer la proportion des sulfoéthers urinaires et agir, par conséquent, sur les fermentations intestinales.

Il est, en effet, une classe d'*amers antiseptiques* parmi lesquels on range en première ligne le condurango et à divers degrés les amers aromatiques. Ils peuvent être employés soit en infusions après le repas, soit par la sonde pour le lavage de l'estomac, soit enfin en lavements.

Ecorce de condurango....	15 gram.
Eau..................	200 —

Laisser macérer 12 heures, réduire à feu doux

jusqu'à 180, ajouter sirop de gingembre ou d'écorces d'oranges 20 gr.

Une cuillerée à soupe avant le repas.

Enfin, il faut signaler les *amers excitants de la leucocytose*. La quinine en est le type principal. En agissant sur l'état général du malade, elle régularise les fonctions gastro-intestinales et augmente ainsi l'appétit. Laxative en lavements, elle peut, au contraire, lorsqu'elle est prise en cachets, améliorer certaines diarrhées, les tuberculeuses par exemple (Guéneau de Mussy).

Sous-nitrate de bismuth....	0,50 centig.
Sulfate de quinine	0,25 —
Extrait d'opium	0,03 —

Pour un cachet, deux par jour.

Valérianate de quinine	1 gram.
Infusion de valériane	150 —

Pour un lavement.

En somme, tous les amers sont apéritifs par leur saveur, mais cette propriété n'est que secondaire. Des polypharmaques ont pu réunir, dans une même formule, les médicaments les plus dissemblables, dont les effets se contrarient. Nous nous sommes efforcés ici de schématiser les principaux effets des substances dites *orexiques* sans oublier les susceptibilités particulières. Au dyspeptique comme au buveur il est permis d'avoir son apéritif de choix.

Les transfusions salines.

M. Burkhardt, de Wurzbourg, a fait de très intéressantes études sur les résultats que donnent les injections intra-veineuses de solutions salines chez les sujets soumis à l'anesthésie chloroformique.

Ces injections, *après* les grandes opérations, sont d'un usage courant ; elles sont censées favoriser l'élimination du chloroforme et s'opposer, dans une certaine mesure, à l'apparition de l'albuminurie.

Mais, faites *avant* la narcose chloroformique, ces injections augmentent très notablement la tolérance pour le chloroforme. « C'est ainsi que, pour ne citer que quelques exemples, dans une expérience, le témoin meurt au bout de dix-sept minutes après avoir inhalé 16 centimètres cubes de chloroforme, tandis que l'animal infusé ne succombe qu'au bout de trente minutes après avoir absorbé 50 centimètres cubes de chloroforme. Dans une autre expérience, l'animal meurt au bout de trente et une minutes après avoir reçu 34 centimètres cubes de chloroforme, tandis que le témoin était mort au bout de quinze minutes après avoir absorbé 18 centimètres cubes de chloroforme.

« Cette tolérance plus grande pour le chloroforme chez les animaux se manifeste encore, quand, en variant la concentration des vapeurs de chloroforme dans l'air, on fait respirer à l'animal, pendant le même laps de temps, une plus grande quantité de narcotique. Ainsi, dans une expérience, le témoin meurt après avoir absorbé 16 centimètres cubes de chloroforme en seize minutes, tandis que l'animal infusé reste en vie après avoir absorbé 30 centimètres cubes de chloroforme dans l'espace de quinze minutes. Même survie dans une autre expérience où le témoin meurt au bout de dix-sept minutes, après avoir reçu 19 centimètres cubes de chloroforme, tandis que l'animal infusé reste en vie après avoir absorbé 38 centimètres cubes de chloroforme en dix-huit minutes. Et, dans toutes ces expériences, non seulement les animaux infusés survivent, mais ils se rétablissent encore très rapidement après la narcose, sans avoir l'air d'en souffrir. »

« Pour expliquer cette action très singulière des injections salines faites avant la chloroformisation, M. Burkhardt invoque les recherches de Tissot.

« On sait que le danger de la narcose chloroformique réside, avant tout, dans l'abaissement de la pression sanguine. Or, Tissot a montré que cet abaissement est d'autant plus accentué que la proportion du chloroforme passé dans le sang est plus élevée. Il s'ensuit que l'abaissement de la pression sanguine est conditionné par l'état de concentration des vapeurs chloroformiques dans l'air que l'animal respire, autrement dit par la quantité de chloroforme qui passe dans le sang. La transfusion saline, en maintenant élevée la pression sanguine, empêche tout accident ».

La *Presse médicale* ajoute que depuis 4 mois, ces données expérimentales sont utilisées dans la clinique chirurgicale de Wurzbourg. Chaque fois qu'un malade doit subir une intervention grave ou de longue durée, on lui fait, un quart d'heure ou une demi-heure avant l'opération, une injection intra-veineuse de 1.500 à 2.000 centimètres cubes d'une solution physiologique de chlorure de sodium. Jamais ces infusions n'ont causé le moindre accident. En revanche, la narcose chloroformique a gagné en sécurité. Ce qui frappe chez ces malades, c'est que le pouls reste bon pendant toute la durée de l'opération et que les accidents post-chloroformiques, céphalalgie, nausées, vomissements, manquent complètement ou sont considérablement atténués. C'est pourquoi M. Burkhardt estime que ces injections salines s'imposent en quelque sorte dans les opérations chez les cardiaques, chez les cachectiques et chez les individus dont l'état des reins laisse à désirer.

Traitement de l'hydramnios

M. le Dr André Boquel a fait, dans les *Arch. méd.* d'Angers, un travail sur le traitement de l'hydramnios.

« Dans l'hydramnios c'est la sécrétion urinaire surtout qu'il importe d'examiner et, si elle est atteinte, que l'urine contienne ou non de l'albumine, qu'il existe ou non des phénomènes œdémateux plus ou moins localisés, le régime lacté partiel ou absolu s'impose. Suivant le cas, tel diurétique, tel médicament en rapport avec la lésion originelle soupçonnée sera de mise, mais le régime lacté et le repos seront les principaux facteurs du traitement à diriger contre l'hydramnios de cet ordre.

La notion de syphilis étant de toute première importance dans l'étiologie de l'hydramnios, il importe, dès qu'elle est constatée, de rechercher les traces de cette affection. L'existence de lésions de cet ordre, la mort du fœtus dûment constatée, sont des éléments de certitude ou de quasi-certitude qui entraînent la mise en œuvre du traitement antisyphilitique. Mais il ne faut

pas s'en tenir à cet ordre de recherches, les antécédents de la malade, particulièrement ses antécédents obstétricaux, fausses couches antérieures, accouchement prématuré d'enfants morts, seront considérés comme les éléments d'appréciation de grande valeur. Il ne faut pas même négliger de scruter les antécédents paternels. Et, même, en l'absence de tout renseignement de cet ordre, si aucune cause n'apparaît capable d'expliquer le développement de l'hydramnios, plutôt que d'attendre des accidents plus sérieux, il faut encore soumettre la malade au traitement antisyphilitique, inoffensif toujours, capable de prévenir presque certainement des accidents redoutables, si la cause est bien celle-là.

Ainsi l'on évitera bien souvent d'être obligé d'avoir recours d'urgence au traitement obstétrical qui se trouvera réservé aux cas où, le traitement n'ayant pas eu de prise et l'hydramnios entraînant des troubles maternels graves, il apparaîtra qu'une cause autre est en jeu, grossesse double, malformation fœtale, etc., sur laquelle nous n'avons pas de prise.

Le traitement antisyphilitique est, avec le régime lacté et le repos, le traitement de l'hydramnios constituée cliniquement. Il devient même non seulement capable d'enrayer les accidents, c'est-à-dire de les guérir, mais même de les prévenir dans certaines conditions. Des antécédents maternels ou paternels — l'hydramnios ou tout autre — d'ordre syphilitique étant constatés ou soupçonnés dès le début de la grossesse, la mise en œuvre du traitement anti-syphilitique sera le véritable traitement préventif de l'hydramnios. On le réalisera en pratique en associant le mercure et l'iodure de potassium.

La coloration noire de la langue

Le *Courrier médical* signale, dans ses notes de thérapeutique, qu'à côté des langues noires, qui doivent leur coloration à l'existence d'un parasite, il en est d'autres qui sont d'origine médicamenteuse. M. Bizard a remarqué que l'eau oxygénée était capable de développer cette coloration : le fait se produit assez fréquemment chez les syphilitiques et semble être facilité par l'absorption du mercure.

Ruptures du poumon sans fractures de côtes

Dans un article de la *Revue de Chirurgie*, MM. Schwartz et Dreyfus ont étudié les ruptures et déchirures du poumon sans fracture de côtes.

Ces graves lésions se produisent généralement à la suite d'un écrasement par voitures lourdement chargées. Au point de vue anatomo-pathologique, la rupture du poumon peut être périphérique, ou centrale, ou les deux à la fois ; elle peut intéresser seulement les vaisseaux capillaires ou des vaisseaux plus importants, ou enfin le poumon est plus ou moins broyé par endroits, avec lésions des grosses bronches et des gros vaisseaux. On observe rarement des hémoptysies, mais fréquemment un emphysème considérable, étendu jusque dans le cou.

La symptomatologie consiste essentiellement en des symptômes respiratoires : dyspnée, hémoptysie plus ou moins abondante, hémo-pneumothorax. Mais il est surtout un signe important, c'est l'emphysème sous-cutané, que l'on pourrait qualifier de pathognomonique de rupture pulmonaire, lorsqu'il n'existe pas de fracture de côte. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est le point où apparaît cet emphysème : la base du cou. On voit alors une tumeur sus-sternale, sonore et crépitante. Ce signe prouve que l'air a suivi le tissu cellulaire péri-bronchique et celui du médiastin, il signifie lésion assez considérable du poumon.

« Le pronostic est toujours grave. La mort survient soit par asphyxie ou hémorragie, soit plus tard par suite d'une complication infectieuse (pneumonie traumatique, bronchopneumonie, pleurésie purulente, gangrène pulmonaire).

« En l'absence d'emphysème à début cervical, le diagnostic peut être difficile. Comme le blessé est souvent en état de choc, on est porté à chercher du côté de l'abdomen ou du crâne la cause de la gravité de son état. Le malade de Mercadé a été laparotomisé : il n'avait aucune lésion abdominale, mais un éclatement du poumon qui a amené la mort.

« Il ne faut donc pas oublier, dans un grand traumatisme, d'examiner le thorax aussi minutieusement que l'abdomen. S'il n'y a ni hémoptysie, ni emphysème, la constatation d'un pneumothorax mettra sur la voie. (*Bull. médical*).

« Le traitement est, malheureusement, surtout symptomatique. On fera asseoir le malade ou, du moins, on le placera dans la situation où il se trouvera respirer le mieux. Le repos absolu devra être exigé.

« Si le pneumothorax augmente, la ponction ou la pleurotomie sont indiquées; sinon, il faudra s'abstenir.

« La gravité de l'emphysème, sa généralisation, peuvent aussi devenir une indication opératoire, c'est à la pleurotomie qu'il faudra avoir recours.

« L'hémothorax, enfin, peut commander l'intervention. Les indications sont, d'ailleurs, ici, ce qu'elles sont pour les plaies de poitrine. Il ne faudra se décider à entreprendre une thoracotomie pour suturer la plaie pulmonaire qu'en présence d'un hémothorax envahissant, d'une véritable inondation pleurale. En tout autre cas, une ou plusieurs ponctions doivent suffire. Richter a le premier tenté cette intervention. Il put faire la suture du poumon, mais son malade mourut à la fin du second jour. Ce n'est pas une raison pour ne pas tenter cette ressource suprême. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Physico-thérapie des affections cardiaques

Dans le traitement des affections cardiaques, les procédés physiques se distinguent en deux groupes.

1° Ceux qui, d'une manière directe ou indirecte, fortifient le myocarde ;

2° Ceux qui diminuent le travail du cœur.

Au premier groupe appartiennent par ordre d'importance, exception faite naturellement pour les médicaments, le traitement par les courants interrompus, le massage du cœur, la gymnastique active systématique, l'emploi des agents thermiques.

Dans le second groupe se rangent les bains d'acide carbonique ainsi que d'autres excitants cutanés, le massage général, la gymnastique passive, et surtout la gymnastique respiratoire.

Quand il y a parésie cardiaque au début, ou mieux hypotension et dilatation du cœur, il est indiqué d'exciter la contraction cardiaque, en négligeant un peu les moyens capables de diminuer le travail du cœur. Si par contre le myocarde se contracte énergiquement, remplit bien ses fonctions, il peut se présenter des facteurs qui exigent un plus grand travail de sa part, c'est alors qu'il faut faciliter son effort en diminuant sa tâche. Enfin dans certaines conditions il est nécessaire de combiner les deux procédés.

1° En ce qui concerne le relèvement de l'énergie myocardique les courants interrompus donnent un résultat presque immédiat et particulièrement rapide, dit le docteur Aufschnaiter (*Wien-Klin Rundschau.* N°s 31 et 32,1906). Ceux-ci peuvent être appliqués soit directement soit par le bain, à l'état de courant galvanique, ou bien de courant alternatif. Ce dernier, toutefois, est préférable, à condition que sa tension ne soit pas trop forte, et que le nombre de ses interruptions ne soit pas trop grand ; il est très bien supporté en une application quotidienne de dix minutes. Le bain électrique élève la tension artérielle abaissée, il diminue la fréquence du pouls ; sous son influence la matité cardiaque devient moins étendue, l'excursion pulmonaire augmente dans la respiration. Le patient se sent considérablement soulagé. Naturellement ces effets ne sont que passagers. Si la matité cardiaque augmente de nouveau, on peut trouver, dans les cas de dilatation marquée, qu'elle reste inférieure à ce qu'elle était antérieurement ; il subsiste donc cependant une partie des effets produits, qui s'additionnent chaque jour.

L'auteur réserve ces bains électriques pour l'asthénie cardiaque avec hypotension, mais il les condamne dans les cas de lésion cardiaque avec tension artérielle normale c'est-à-dire avec synergie cardiaque intacte ; dans ces conditions ils ont toujours produit, affirme-t-il, une aggravation de l'état général. Les bains de courants alternatifs faciliteraient la circulation, d'une part en produisant une contraction meilleure du myocarde, d'autre part en dilatant les vaisseaux comme le font tous les bains chauds.

Le massage du cœur rend certainement de grands services, mais son action est peu durable. Il se fait suivant différentes méthodes ; la plus ordinaire consiste dans les mouvements imprimés à la paroi thoracique au niveau du cœur. Ce massage est particulièrement recommandé pour les cas urgents, quand il est impossible de transporter rapidement le malade dans un bain électrique, ou quand une défaillance brusque du cœur se produit, la nuit par exemple, et qu'il n'est pas facile de trouver d'autres remèdes. De plus le massage est susceptible de ramener la régularité des battements du cœur, si le pouls est très irrégulier. Il donne aussi de bons résultats dans la tachycardie avec hypertension, surtout quand celle-ci est d'origine nerveuse.

Les excitants thermiques, chauds ou froids, exercent une action analogue à celle du massage. Restent enfin toutes les pratiques de gymnastique active.

2° S'il s'agit de diminuer le travail du cœur, les bains d'acide carbonique constituent une physico-thérapie excellente ; ils diminuent les résistances à la périphérie, et exercent une action réflexe favorable.

On les recommande à la période de compensation des affections cardiaques ; on les prescrit également quand des obstacles viennent augmenter le travail du cœur (néphrite, artério-sclérose, etc). Aufschnaiter voudrait même qu'en les employât d'une façon régulière pendant des années pour tous les cœurs compensés. Ces bains se donnent de préférence avec des eaux naturellement gazeuses ; mais il est également possible d'employer des eaux artificielles, quoique l'acide carbonique ne puisse de la sorte se diffuser dans l'eau d'une manière homogène, et que son excès produise de l'irritation cutanée dans certains cas. C'est la température de 24 à 26° R. qui semble être la préférable ; la durée du bain est de 7 à 20 minutes ; celui-ci peut être quotidien, mais, si le traitement doit être continué durant un certain temps, il vaut mieux ne le donner que deux ou trois fois par semaine. Après chaque bain, le patient doit se reposer durant vingt minutes dans la position allongée.

Le massage, tout particulièrement le massage général, favorise d'une manière remarquable la circulation et les échanges nutritifs, sans toutefois fatiguer le cœur. La gymnastique passive et la gymnastique respiratoire peuvent être employées à tous les stades de l'affection, à condition qu'elles soient réglées de façon à ne pas fatiguer le cœur. La combinaison de ces deux méthodes donne d'excellents résultats ; les mouvements d'inspiration et d'expiration forcées améliorent notamment le régime circulatoire des poumons ; ils favorisent l'ozonisation du sang, et par suite soulagent le cœur dans son travail, servent d'excitants pour les échanges nutritifs. La gymnastique passive peut se faire à l'aide des appareils spéciaux. Aufschnaiter l'emploie non seulement au stade de la décompensation mais, alors même que le myocarde possède une énergie suffisante,

il l'applique en la graduant progressivement pour arriver à la gymnastique active. Mais bien souvent celle-ci exige trop d'efforts de la part du cœur, et il faut se contenter de la première, qui d'ailleurs est capable, elle aussi, d'excellents résultats, si elle est exercée avec patience, durant des mois, sous la surveillance du médecin. Aufschnaiter conseille de la limiter d'une manière générale aux mouvements des bras, éventuellement aux mouvements du tronc ; les exercices au nombre de 4 ou 5, sont exécutés pendant un temps plus ou moins long, soit dans la position debout, soit dans la position assise ; leur durée est réglée sur l'état du pouls. Quant aux mouvements respiratoires, ils sont faits plusieurs fois par jour en plein air, ou tout au moins dans un appartement dont on tient la fenêtre ouverte.

On ne saurait trop recommander aux médecins praticiens un traitement si simple et si efficace.

Voici quelques exemples cliniques, destinés à fixer les idées sur ce genre de physico-thérapie.

Le patient se présente avec tous les signes de la décompensation et de la dilatation, œdèmes, etc. Les anamnestiques apprennent que depuis longtemps il est malade, incapable de travailler. Si les symptômes sont menaçants, mais dans ce cas seulement, il faut prescrire du strophantus, éventuellement, pour deux ou trois jours, de la digitale ou toute autre préparation analogue. Puis aussitôt on applique les courants intermittents, soit au moyen d'électrodes, soit au moyen de bains ; au préalable on fait un massage du cœur ou une faradisation du cœur. L'effet bienfaisant se fait sentir presque instantanément.

Il ne faut pas s'effrayer d'une douleur, qui apparaîtrait dans la région du cœur. Aussitôt après le bain, on ordonne le repos absolu au lit, éventuellement avec applications froides. Si une aggravation survient plus tard, la nuit particulièrement, Aufschnaiter emploie le massage, et application froide au niveau du cœur. Une amélioration déjà durable apparaît généralement après 3 ou 4 bains électriques quotidiens. La matité cardiaque a diminué, la pression artérielle, a augmenté, le pouls est devenu meilleur. Le patient, se lève, mais fait peu de mouvements. Vers le cinquième ou sixième jour, sans donner aucun médicament, on commence avec prudence la gymnastique passive et la gymnastique respiratoire; quelques simples inspirations profondes, quelques mouvements passifs. Après huit ou dix jours au plus tôt, généralement beaucoup plus tard, quand l'action du cœur est devenue régulière, quand la pression artérielle devient bonne d'une manière persistante, le docteur Aufschnaiter remplace les bains électriques par des bains d'acide carbonique, à condition que ceux-ci soient bien supportés ; au début il les donne une ou deux fois par semaine ; plus tard il fait alterner quotidiennement les bains électriques et les bains d'acide carbonique. Enfin il commence la gymnastique active, après avoir entraîné progressivement le cœur à supporter un plus grand travail. D'autre part, le patient essaie peu à peu de quitter son lit, puis sa chambre, ensuite il sort en voiture ; puis ce sont les promenades, qui commencent par des marches de deux ou trois minutes. Il importe particulièrement d'apprendre au patient à faire tous ces mouvements, surtout à monter les escaliers, d'une manière lente et conforme à la respiration, pour soulager autant que possible son cœur. Pendant tout le temps on continue le traitement par les bains et plus tard on fait un peu d'hydrothérapie.

Les chlorotiques constituent un exemple presque classique de ces défaillances cardiaques simples, et par conséquent faciles à guérir. Les bains à courants intermittents, donnés deux ou trois fois par semaine, en même temps que la gymnastique respiratoire, produisent des effets remarquables et rapides. Les mouvements permis se règlent sur l'état du cœur, et le repos au lit n'est nécessaire pour les cœurs défectueux que pendant un court espace de temps. Le bain électrique fortifie rapidement le myocarde, même d'une manière durable, au point de permettre quelques mouvements.

Si, par contre, les malades sont atteints de néphrite ou d'artério-sclérose, Aufschnaiter ne permet le bain électrique ; que dans le cas d'une défaillance cardiaque au début, et encore ne le donne-t-il que rarement. Il commence de préférence par essayer des excitants légers, tel que le froid, et il emploie éventuellement les médicaments. Au cas seulement, où cet état de défaillance cardiaque semble vouloir se prolonger, il donne le bain électrique. D'une manière générale les bains d'acide carbonique, combinés à la gymnastique passive, sont en pareils cas d'une grande utilité, si on ne néglige pas de traiter la néphrite concomitante par la diététique et la diaphorèse ; il est parfois indiqué de continuer durant des années l'usage des bains d'acide carbonique, à condition que la pression artérielle ne s'abaisse pas dans de trop fortes proportions.

Dr Georges.

OPHTALMOLOGIE

Complications oculaires de la variole

Par le Dr A. Trousseau

Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.

Les complications oculaires de la variole sont moins fréquentes, mais plus graves que celles de la rougeole.

On les redoutait autrefois, avec juste raison, puisqu'elles causaient jusqu'à 35 0/0 des cas de cécité ; aujourd'hui, on peut évaluer à 3 0/0 environ les aveugles qu'elles font. Cet heureux résultat doit être attribué à la généralisation de la vaccine, à la rareté des épidémies, bien plus qu'aux progrès de la thérapeutique locale. Les médecins ignorent généralement la nature exacte des complications oculaires de la variole et les moyens à employer pour les prévenir ou les guérir.

Deux membranes souffrent dans la variole : la conjonctive et la cornée. Les complications graves seront toujours évitées si l'on porte attention à ces organes.

Certes les voies lacrymales, les paupières peuvent être atteintes, mais les conséquences visuelles de leurs altérations sont nulles.

Une grosse erreur consiste à croire que ce sont des pustules varioliques qui causent les désordres conjonctivaux et cornéens. Les pustules

existent très rarement sur la conjonctive, et seulement sur la bulbaire, surtout près du limbe scléro-cornéen ; elles n'existent jamais sur la cornée.

Voici, en général, comment les choses se passent.

A la période d'éruption, les paupières sont gonflées, pustuleuses, puis il se fait ou de la suppuration ou des ulcérations sur lesquelles du pus s'accumule ; c'est alors que la conjonctive, d'abord hyperémiée par voisinage, s'infecte par propagation, et que surviennent des conjonctivites à sécrétion muco-purulente, voire même purulente, lesquelles infectent à leur tour la cornée dont l'épithélium macéré ne résiste plus à l'envahissement des staphylocoques, streptocoques ou pneumocoques qui déterminent des abcès, des ulcères de la cornée, de l'hypopion, parfois même de la panophtalmie. La cornée ne se prend qu'à la période de dessiccation, rarement d'emblée, presque toujours à la suite d'une conjonctivite, à l'origine des infections conjonctivales et rarement par suite des cornéennes, on retrouve toujours des agents septiques qui ont envahi les pustules, les petits ulcères des paupières, ou même des régions plus éloignées, les mains du malade ou des gardes en expliquant, dans ce dernier cas, le transport aux yeux.

Nous sommes loin de la conception ancienne, que Panas avait faite sienne, laquelle attribuait à l'altération du sang, à la pyohémie, les suppurations cornéennes. Nous savons pertinemment que celles-ci sont dues à des associations microbiennes venues du dehors.

Par suite, un malade dont les téguments, les mains et surtout les paupières sont asepsiés, n'aura jamais de complications oculaires. Un individu dont la conjonctivite sera soignée à temps et bien soignée, n'aura que rarement des accidents cornéens.

La pustule variolique étant souvent privée de germes septiques, ceux-ci sont forcément importés. Tous les efforts des médecins et du personnel soignant tendront donc à éviter les infections secondaires.

Quelle est donc la conduite à tenir pendant le cours de la maladie ?

On portera d'abord son attention vers les soins rigoureux de propreté et d'asepsie du corps entier du patient, surtout de ses mains et de ses paupières. Celles-ci, pendant la période dangereuse, seront souvent lavées avec une solution de cyanure d'hydrargyre tiède au 5.000^{e} ; on nettoiera bien les bords ciliaires de toutes croûtes ou mucosités ; des compresses d'eau bouillie tiède aideront au nettoyage. Une excellente méthode consiste à enduire les paupières avec de l'onguent mercuriel.

Si on s'aperçoit de la moindre sécrétion conjonctivale, on écartera bien les paupières, au besoin en s'aidant des releveurs, et on fera couler entre celles-ci, 2 à 5 fois par jour, suivant l'abondance de la sécrétion, un long filet de la solution cyanurée tiède. Cette solution doit toucher la muqueuse bien étalée. Si l'ouverture des paupières est difficile ou impossible, ou que la sécrétion soit abondante, on introduira entre elles l'entonnoir laveur de Kalt et on opérera un grand lavage une ou deux fois par jour, avec un litre chaque fois d'une solution tiède de permanganate de potasse (une cuillerée à café de solution saturée pour 2 litres d'eau).

Si la sécrétion est trop abondante et prend l'aspect purulent, on instillera dans l'œil, 3 à 6 fois par jour, 2 ou 3 gouttes chaque fois de :

Eau	10 grammes
Argyrol	1 gr. 25

Si ce moyen échoue, on retournera les paupières et on badigeonnera la muqueuse avec un petit tampon de coton hydrophile monté sur une baguette de verre et trempé dans :

Eau	10 grammes
Nitrate d'argent	0 gr. 20

En même temps, on fera de fréquents lavages à l'eau bouillie, en évitant que le pus séjourne sur la conjonctive.

Pendant tout le temps que dure la conjonctivite, il faut surveiller soigneusement la cornée, et pour cela ne pas hésiter à se servir des releveurs de Desmarres pour écarter les paupières.

Quelles que soient les lésions cornéennes, on ne cessera jamais le traitement de la conjonctive.

Courmont et Rollet ont vanté contre les kératites de la variole les instillations de bleu de méthylène à 1/500 ; Dufour a préconisé les injections sous-conjonctivales de sublimé.

Ces moyens ont du bon, mais ne doivent jamais faire négliger la désinfection conjonctivale par les lavages antiseptiques.

Si la cornée n'est que trouble, les compresses chaudes d'eau bouillie, les instillations d'atropine sont à recommander.

S'il y a un ulcère sans suppuration, la pilocarpine (0 gr. 20 pour 10 gr.), remplacera l'atropine.

S'il survient un abcès de la cornée, on le touchera au galvano-cautère ; s'il y a hypopion, on ponctionnera la cornée pour évacuer le pus. S'il s'agit d'un ulcère s'étendant par ses bords, avec hypopion, on emploiera encore le galvano-cautère ou on pratiquera l'opération de Sœmish, qui consiste à transfixer l'ulcère par sa face profonde avec un couteau de Graefe. S'il y a menace de perforation, on usera de l'ésérine (0 gr. 05 pour 10 gr.) ; si la perforation est inévitable, on la réalisera soi-même avec la pointe fine du thermo ou du galvano-cautère, ce qui en limitera les conséquences fâcheuses.

Si la conjonctive ne sécrète que peu ou pas, l'application sur l'œil d'un pansement sec composé d'une rondelle de gaze stérilisée, de coton hydrophile et d'une bande Velpeau, sans autre traitement, rend les plus grands services dans la kératite septique, à condition d'être précédée d'une soigneuse désinfection des paupières et de la conjonctive. Il peut être laissé en place plusieurs jours.

(Journal des Praticiens.)

THÉRAPEUTIQUE

Rectification thérapeutique sur le traitement des bronchites.

De nombreux auteurs ont préconisé le traitement thiocolé pour les affections pulmonaires. Mais certains d'entr'eux, enthousiasmés par une thérapeutique qu'ils ne prennent guère en défaut, exagèrent un peu, à notre avis, les effets

immédiats du remède. « Si vous donnez, disent-ils, à un adulte 6 à 8 comprimés de thiocol par jour, et à un enfant 3 à 6 cuillerées à café de sirop Roche, vous observerez les résultats suivants : la toux diminue de fréquence, l'expectoration se fluidifie et disparaît, les râles humides font place aux râles secs qui bientôt sont remplacés par un état pulmonaire normal. La fièvre tombe, l'état général se relève. En aucun cas, les comprimés et le sirop n'ont d'effets nuisibles sur le tube digestif. »

Tout cela est vrai, tout cela est juste ; mais qui donc à la lecture de ces lignes n'aurait pas l'impression d'un effet rapide et presque immédiat ? Or tel n'est pas le but de la médication thiocolée. On ne doit pas comparer ce remède à l'opium ou aux balsamiques dont les effets sont rapides sans doute, mais passagers et parfois dangereux. Les comprimés de thiocol agissent plus lentement, par leur pouvoir antiseptique pulmonaire et par leur action stimulante sur les défenses organiques. Voilà tout le secret de leur action. Ce n'est donc pas immédiatement, mais au bout de 3 à 4 jours que la toux diminue, que l'expectoration devient plus fluide et moins abondante, que l'état général se relève et que les râles s'éloignent. Puis les effets antiseptiques du remède sur les lésions, son pouvoir défensif et dynamique se poursuivant, tous les signes de l'inflammation pulmonaire s'atténuent davantage et disparaissent. Le malade est définitivement guéri et il a été mis par le remède à l'abri des complications possibles.

Voilà comment à notre avis il faut envisager l'action des comprimés de thiocol et du sirop Roche. Une expérience de plusieurs années nous autorise à dire que le thiocol agit réellement comme agent de la médication pathogénique. Il commence par détruire les microbes et faciliter la cicatrisation des lésions pulmonaires, et c'est alors, au bout de quelques jours, que les signes fonctionnels et physiques disparaissent, sans laisser de traces.

Médication autrement énergique en définitive et plus réelle que les sédatifs et les béchiques habituels.

D[r] E. GASIN.

UROLOGIE

Indications et résultats des prostatectomies.

Par M. le D[r] DESNOS.

L'extirpation totale de la prostate, pratiquée soit par l'hypogastre, soit par le périnée, n'en est plus à faire ses preuves ; les résultats de ces opérations sont assez généralement bons, les risques assez limités pour que la légitimité en soit admise.

Mais, si précieuses qu'elles soient, doit-on les appliquer indistinctement à tous les cas et les proposer à tous les vieillards dont la prostate est hypertrophiée ? Assurément non : le vieux traitement basé sur le cathétérisme méthodique reste encore tout entier debout ; on ne peut pas dire que la prostatectomie est une opération d'exception, car les indications sont nombreuses, mais la majorité des prostatiques lui échappe encore.

Ce sont donc ces indications qu'il importe de préciser. On admet généralement et avec raison que les prostatiques à la première période, ceux qui n'ont pas de rétention, car il est des prostatiques qui, à cette période même, présentent par accès des douleurs vives, des mictions très fréquentes, pénibles, souvent même un peu d'hématurie sans que les examens les plus minutieux, bactériologiques, cystoscopiques ou autres, fassent découvrir autre chose qu'une prostate plus ou moins développée. Chez ceux-là on n'a pas même la ressource du cathétérisme évacuateur, ni des cautérisations, ni de l'emploi d'autres modificateurs de la muqueuse, puisqu'il n'y a ni cystite, ni infection vésicale. Ce sont des troubles dus à la difficulté et à l'irrégularité des contractions vésicales dont la pathogénie est difficile à expliquer. Quoi qu'il en soit, on ne peut, en dehors d'une opération, opposer à ces douleurs que des calmants généraux ; la morphine est parfois nécessaire.

Exception faite pour cette petite catégorie de malades, on admet généralement que l'indication de la prostatectomie réside dans la rétention. C'est évidemment là qu'il faut la chercher le plus souvent sans y trouver une règle absolue. Si le cathétérisme est facile, si le malade n'accuse pas de douleur dans l'appareil urinaire, et ne présente pas de symptômes généraux qu'on puisse rattacher à la rétention, l'évacuation régulière de la vessie au moyen d'une sonde suffit. Encore faut-il considérer l'état social du malade; lorsqu'on se trouve en présence de personnes qui ne peuvent, en raison de leur genre de vie ou de leurs moyens d'existence, consacrer aux sondages les soins médicaux qu'ils exigent, les indications de la prostatectomie seront plus étendues que dans des conditions inverses.

Le danger vient, en effet, de l'infection : tout prostatique y est exposé, et presque toujours les germes morbides ont été apportés par un cathétérisme défectueux. En tout cas, il faut les combattre par tous les moyens, d'abord ceux qui sont d'usage commun : le cathétérisme aseptique répété aussi souvent qu'il sera nécessaire, l'évacuation vésicale aseptique, des lavages avec des solutions antiseptiques variées, des instillations, etc. Tels sont les moyens qui réussissent habituellement, mais en cas d'échec la prostatectomie est indiquée.

Il est d'ailleurs intéressant, au point de vue des indications opératoires, de bien préciser l'organe où siège l'infection, prostate, vessie, voies supérieures. Je n'ai pas à revenir sur l'infection vésicale. L'infection prostatique est souvent plus difficile à diagnostiquer ; en dehors des prostatites légères, on assiste souvent au développement de petits foyers purulents situés à distance variable de la muqueuse prostatique, qui l'ulcèrent et se font jour dans l'urètre ; ailleurs ces petits foyers se collectent d'une manière tout à fait latente ou peu appréciable, augmentant les difficultés du cathétérisme ou de la miction, parfois même passant inaperçues. L'indication de la prostatectomie est alors absolue. L'incision de ces abcès ne peut se faire utilement que par le périnée, c'est-à-dire au prix de manœuvres opératoires presque aussi importantes que la prostatectomie elle-même. Il en est de même dans les cas de suppuration à petits foyers multiples de la glande qui, non seulement peuvent devenir

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

LA MÉDICATION CHOLAGOGUE. - LES GRAINS de VALS

La Bile ! Qui pourrait songer à nier l'importance de cette sécrétion de l'organisme à laquelle le Peuple lui-même, avec son gros bon sens a, depuis longtemps donné droit de cité dans son vocabulaire. *Se faire ou ne pas se faire de bile* ; *avoir la bile en mouvement*, sont des expressions banales à force d'être courantes, qui traduisent des manières d'être, des états réels en rapport avec son rôle dans certaines constitutions mentales, dans certaines manifestations pathologiques. Il y a un tempérament bilieux, comme chacun sait.

Les Physiologistes ont reconnu l'action prépondérante qu'elle exerce sur l'intestin, soit pour favoriser la digestion par la saponification des graisses, soit pour désinfecter le milieu intestinal, (qui n'a flairé le parfum pénétrant des selles décolorées des ictériques?) soit enfin pour contribuer à l'œuvre d'exonération en excitant les contractions de la musculature de la portion terminale du tube digestif.

Les cliniciens enfin savent quelles perturbations apportent dans l'organisme les altérations de qualité ou de quantité de ce liquide. Ils savent que la constipation qui favorise les fermentations putrides est le point de départ d'infections ascendantes qui gagnent les annexes du tube digestif et pénètrent notamment dans la circulation porte et dans les réservoirs et les canaux biliaires. Mais ils affirment également que la rareté de la bile dans l'intestin détermine et entretient cette même constipation. Enfin hier, ont été découvertes des propriétés inconnues jusqu'alors, et telles que la Bile jouit d'un pouvoir anti-coagulant à l'égard de la mucinase intestinale. De telle sorte que, ce pouvoir disparaissant ou s'atténuant, s'effectue la coagulation génératrice de la fausse membrane qui caractérise certaine Entéro-Colite, qui a fait parler d'elle dans ces derniers mois.

On conçoit dès lors sans peine quelle part considérable revient, dans la thérapeutique des affections gastro-intestinales, aux médications qui visent à la régularisation de la fonction biliaire troublée, à la médication cholagogue en particulier. On s'explique ainsi la vogue méritée dont jouit aujourd'hui cette médication. Constipation pure, inflammations de l'intestin, entérites, typhlites, appendicites, catarrhes intestinaux, congestions du foie, atonies fonctionnelles de cet organe, etc., relèvent de cette médication et les Agents qu'elle emploie pour arriver à ses fins méritent de prendre le rang qui leur appartient dans l'arsenal ordinaire du Praticien. Mais leur action spécifique en quelque sorte, gagne considérablement en efficacité quand on la complète par celle des évacuants, des laxatifs, voire des purgatifs proprement dits.

L'association de la médication cholagogue et de la méthode évacuante répond à ces nécessités et est réalisée dans les Grains de Vals. Au nombre des agents cholagogues en effet, et en dehors du calomel, qui a ses indications particulières et est d'un maniement délicat, nous trouvons un certain nombre de substances végétales, telles que la *Podophylle*, la *Cascara Sagrada* qui sont depuis longtemps d'utilisation courante et la *Bourdaine* dont l'action sur la sécrétion biliaire n'a été signalée que pendant ces dernières années. Les produits extraits de ces plantes par des procédés de choix, sont associés dans cette préparation dont on ne saurait trop vanter l'opportunité et l'efficacité dans une foule d'états morbides des voies digestives. Chaque Grain de Vals contient 0,015 mill. de Podophyllin et 0,025 mill. d'extrait de Cascara et de Rhammus frangula ou Bourdaine, traités d'après la méthode du prof. Phipson.

Les propriétés laxatives, purgatives et cholagogues des Grains de Vals, trouvent leur emploi dans nombre d'affections intestinales telles que la *constipation chronique ou accidentelle*, les *embarras gastro-intestinaux* et dans certaines formes de *désordres hépatiques*, qui réclament une stimulation énergique de la fonction biliaire ; et les avantages en apparaissent plus appréciables encore, quand on considère leur dosage mathématiquement titré et leur facile et simple adaptation aux mille éventualités de la pratique journalière.

Docteur QUERCY.

l'origine de gros abcès, mais sont une source de réinfection continuelle pour la vessie.

Jusqu'ici les indications sont faciles à poser ; il n'en est pas de même quand on considère les voies supérieures. L'infection qui les a envahies implique-t-elle une contre-indication opératoire ou au contraire oblige-t-elle à agir vite pour empêcher des désordres graves de se produire dans les bassinets et les reins ? Une réponse absolue est impossible ; si les altérations rénales sont bilatérales et telles que la fonction est entravée profondément, si elles ont déjà affaibli l'organisme au point d'avoir produit un défaut de résistance considérable, il ne faut pas engager une partie perdue d'avance. Au contraire, s'il n'y a qu'une atteinte légère de ce côté, les indications sont inverses, l'infection est certainement limitée aux voies d'excrétion, uretères et bassinet ; elle est ascendante et les méats urétéraux, baignant continuellement dans un liquide chargé d'éléments infectieux leur livrent passage et entretiennent ou augmentent ces lésions. Il est donc utile de les soustraire à cette influence. Le cathétérisme y parvient incomplètement ; la prostatectomie supprime toute rétention et doit être préférée. L'analyse de la sécrétion urinaire devra d'ailleurs être faite à plusieurs reprises ; si la proportion des éléments minéraux, de l'urée et des chlorures, est normale ou à peu près, le pronostic opératoire sera bon. En cas contraire il faudra s'abstenir.

Le bilan des avantages et des inconvénients de la prostatectomie reste tout à l'avantage des premiers. En effet, les inconvénients résident surtout dans quelques complications qu'on voit disparaître de jour en jour à mesure que la technique s'améliore : des fistules périnéales persistantes ont été observées : elles ne se voient plus guère que lorsque l'urètre périnéal a subi des délabrements considérables ou qu'on a laissé la plaie s'infecter, ce qui est rare. L'incontinence a été signalée plus fréquemment. Elle tient au traitement de l'urètre prostatique dont les dimensions devenues démesurées dans l'hypertrophie prostatique ne permettent plus un fonctionnement normal après ablation de la glande : aussi a-t-on coutume d'en réséquer une partie et l'incontinence est rare aujourd'hui. D'ailleurs, ces accidents sont inhérents à la prostatectomie périnéale, voie de plus en plus délaissée au profit de l'hypogastre par où on voit bien rarement des fistules s'établir.

Un autre reproche fait à la prostatectomie, plus souvent et non sans raison, est l'impuissance à laquelle elle conduit, reproche fondé dans la majorité des cas. Chez la plupart des malades opérés par la voie périnéale, l'érection est définitivement abolie. La cause immédiate en serait la section et la destruction de la partie terminale des canaux déférents, englobés dans des tissus excisés. Aussi Young (de Baltimore) a-t-il proposé de ménager un petit tube de tissu prostatique à la partie médiane, au-dessous de l'urètre, afin de ne pas intéresser les déférents. L'exécution de ce petit procédé est délicate et incertaine ; et même, dans les cas où cette région a été ménagée, des malades sont devenus impuissants comme beaucoup d'autres ; il semble cependant que la proportion soit moindre et les premières statistiques de Young sont encourageantes.

La prostatectomie hypogastrique échapperait mieux à cette critique et épargnerait les facultés viriles ; quelques malades m'ont paru, en effet conserver la possibilité d'érection. Mais quel que soit le procédé employé, l'impuissance est une conséquence probable de la prostatectomie et c'est un devoir d'en prévenir les malades. Mise en regard des accidents que l'opération fait cesser, cette considération ne doit pas, à notre avis, peser d'un grand poids pour en détourner. Cependant, il est beaucoup de malades qui ne peuvent s'y résigner et aiment mieux renoncer au soulagement apporté par l'opération.

Cette castration prostatique exerce une influence incontestable et la déchéance dans laquelle les malades croiraient tomber acquiert à leurs yeux une importance extrême ; un certain nombre d'entre eux, qui ont même renoncé au coït depuis longtemps et qui n'ont aucun projet de le tenter de nouveau, hésitent peut-être autant que d'autres qui ont conservé des habitudes conjugales. C'est là une tendance qu'il faut combattre ; d'ailleurs, malgré les vantardises de certains vieillards, et des exceptions incontestables, la puissance génitale est presque toujours très affaiblie chez les prostatiques et la suppression de l'érection est pour eux une perte légère.

Ainsi on le voit, les dangers, les inconvénients de la prostatectomie disparaissent de jour en jour ou n'ont qu'une faible importance : en revanche, les avantages sont inappréciables. La rétention disparaît ou, dans les cas les moins bons, est réduite dans une proportion considérable. Chez les rétentionnistes complets, le retour de la miction se fait presque instantanément dès que la sonde à demeure a été retirée, parfois avec une légère douleur pendant les premiers jours ; chez ceux qui ne vidaient qu'incomplètement leur vessie, la facilité de la miction devient normale. Avec la rétention, l'infection disparaît ; quelques lavages antiseptiques continuent parfois à être nécessaires, mais assurent avec une merveilleuse facilité le retour à l'asepsie.

Cette disparition de l'infection ne se limite pas à la vessie ; avec elle les reins retrouvent leur état normal : la contamination des voies supérieures est ascendante chez les prostatiques et se fait par les uretères qui se dilatent et s'infectent quand les méats sont forcés, et portent les germes dans les bassinets. Il suffit dans la majorité des cas, de supprimer cette distension vésicale pour que la rétention rénale disparaisse à son tour.

Ainsi s'expliquent les extraordinaires retours à la santé qu'on observe chez les prostatectomisés ; à cette infection générale urinaire si caractéristique, absence d'appétit, perte des forces, insomnie, malaise constant, etc., succède un relèvement de toutes les fonctions ; l'appétit revient, les digestions sont faciles et rien n'est plus remarquable que l'euphorie rapidement et universellement constatée. (*Progrès médical.*)

MÉDECINE LÉGALE

De la déclaration des fœtus et des enfants mort-nés.

Pour répondre au désir exprimé par le Dr R. membre du *Sou Médical*, voici les renseignements que je puis vous fournir en matière de déclaration de naissance à faire par les docteurs en méde-

cine après l'accouchement d'une femme dont le produit était mort-né, ou dont l'enfant n'a vécu que quelques heures et a cessé de vivre avant que sa naissance ait été déclarée.

Les docteurs en médecine et en chirurgie, les sages-femmes et autres personnes ayant assisté à l'accouchement sont tenus, à défaut du père, de faire la déclaration de naissance à l'officier de l'état civil du lieu, dit l'art. 56 du Code Civil, et l'exécution de cette obligation est sanctionnée par l'art. 346 du Code Pénal.

1re *question*. Lorsque le produit de l'accouchement n'est qu'un fœtus d'un, de deux ou de quatre mois, c'est-à-dire un être inorganisé, qui n'a pas eu vie dans le sein de la mère, y a-t-il lieu à déclaration ?

Il y a désaccord dans la jurisprudence sur la solution. La Cour de Metz, 24 août 1854 (Dalloz 1854, 5, 12) pense que dans ce cas on peut se passer de permis d'inhumer. La Cour de Paris, 15 février 1865 (Dalloz 1865, 2, 138) a décidé au contraire « que les prescriptions des art. 55 et 56 du Code Civil, de l'art. 1er du Décret du 4 juillet 1806, des art. 346 et 358 Code Pénal sont générales et absolues et s'appliquent à tous les enfants mort-nés à quelque époque que la gestation soit parvenue, pourvu que ces enfants présentent la forme d'un être humain ; que l'accomplissement rigoureux de ces obligations peut seul sauvegarder les intérêts de la famille et ceux de l'ordre public, et satisfaire en même temps aux exigences du respect dû à la personne humaine. »

Dalloz qui relate ces deux systèmes ajoute : « Il faut remarquer toutefois que la pratique, à Paris, est contraire à la solution donnée par ce dernier arrêt. » (suppl. au Rep. Acte de l'Etat Civil no 125).

Quant à la doctrine, elle partage la manière de voir de la Cour de Metz (MM. Chauveau et Helie, Théorie du Code Pénal, 4e édit. t. IV, no 1762, Dalloz, Rep. gén. de Jurispr., no 61).

A notre avis, lorsque le produit a forme humaine, le médecin agira prudemment pour éviter de tomber sous le coup des dispositions légales, en faisant la déclaration à la mairie. Car avec la théorie même de la Cour de Metz, « dans « le cas où la famille a cru devoir procéder « seule à l'inhumation en considération de ce « que l'accouchement aurait eu lieu avant le « terme, il appartient au juge de rechercher si « le produit de l'accouchement n'était qu'un « fœtus, ou s'il a eu vie dans le sein de la mère « comme être organisé, et par conséquent si les « règles relatives à l'inhumation lui étaient ap- « plicables, sauf à modérer la peine contre les « contrevenants, s'ils ont agi de bonne « foi. »

2e *question*. Lorsque l'enfant est mort-né, mais que la gestation est parvenue à une époque assez avancée pour qu'il ait eu vie dans le sein de la mère, ou encore lorsque l'enfant a été mis au monde vivant et est décédé quelques heures après, et avant que sa naissance ait été déclarée, la déclaration est obligatoire. La forme en est désignée par le Décret du 4 juillet 1806 « Con- « cernant le mode de rédaction de l'acte par « lequel l'officier de l'Etat Civil constate qu'il « lui a été présenté un enfant sans vie. »

Art. 1er. « Lorsque le cadavre d'un enfant dont la naissance n'a pas été enregistrée, sera présenté à l'officier de l'Etat Civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie ». L'art. 2 dit: « Cet acte sera inscrit à sa date sur les registres des décès, sans qu'il en résulte « aucun préjugé « sur la question de savoir si l'enfant a eu vie ou « non. »

3e *question*. La présentation du cadavre est-elle obligatoire ?

L'art. 55 du Code Civil et le Décret de 1806 l exigent formellement. « La présentation de l'enfant se confond avec la déclaration », dit Dalloz (Jur. Gén. Acte de l'Etat Civil, no 238).

Dans la pratique, la présentation est remplacée dans la plupart des grandes villes par la constatation des naissances à domicile, par un médecin délégué du Maire, à la suite d'une demande signée des père ou mère, et qui doit être déposée à la mairie (circulaire minist. du 9 avril 1870, Dal. 71, 3, 41).

Mais rien n'empêche les intéressés de procéder à la présentation de l'enfant à la mairie, lors de la déclaration, et cette formalité n'a pas pour un enfant mort les inconvénients qu'elle peut présenter pour un nouveau-né vivant. Cette présentation à la mairie peut permettre d'éviter que les parents de l'enfant soient connus. La circulaire ministérielle du 9 avril 1870, se préoccupant de la faculté qu'ont les père et mère de l'enfant de taire leurs noms et la nature des relations existant entre eux, déclare que les parents peuvent toujours opter pour la présentation à la Mairie.

Ainsi le médecin qui aura procédé à l'accouchement d'un enfant mort-né, ou décédé au bout de quelques heures, et dont la cliente veut cacher son nom et le fait de son accouchement, ne pourra éviter cependant de faire une déclaration à la mairie et de présenter le cadavre.

Mais il reste à rechercher comment il devra faire la déclaration pour concilier le respect du secret professionnel avec la loi.

4e *question*. L'art. 57 du Code Civil dit que « l'acte de naissance énoncera... les prénoms, noms et domicile des père et mère » et le Décret de 1806 dit que « l'officier de l'Etat Civil recevra de plus la déclaration des témoins touchant les noms, prénoms, qualités et demeure des père et mère de l'enfant ».

Malgré ces prescriptions de la Loi qui n'a prévu que le cas le plus fréquent où les père et mère n'ayant rien à cacher, feraient à l'officier de l'Etat Civil ou lui feraient faire une déclaration complète, la jurisprudence a admis « que l'officier de l'Etat Civil ne peut exiger du déclarant qu'il lui fournisse l'indication du nom de la mère, si elle veut cacher sa maternité ». (Crim. Rej. 1 août 1845, Dalloz 1845, 1, 367, Angers 18 nov. 1850, Dal. 1851 2, 20).

L'officier de l'Etat Civil peut-il exiger la déclaration du domicile ou mieux du lieu où a eu lieu l'accouchement ? Il y a lieu de répondre négativement, car si l'on a le droit de taire le nom de la mère, on doit avoir le droit pour les mêmes raisons de ne pas faire connaître le domicile, dont l'indication conduirait à la violation du secret que la mère a voulu et avait le droit de garder. D'après l'arrêt de la Cour d'Angers du 18 novembre 1850 « un médecin accoucheur n'est même pas tenu d'indiquer la maison où l'accouchement a eu lieu ». (Dalloz, suppl. au Rép.).

Le déclarant doit seulement indiquer la commune ou section de commune pourvue d'un bureau d'Etat Civil, dans laquelle l'enfant est né,

parce que cette indication est nécessaire pour fixer la compétence de l'officier de l'Etat civil pour la réception de la déclaration. Mais on ne pourra exiger de lui qu'il fasse connaître le village ou hameau où l'accouchement s'est produit, lorsque ce village ne constituera pas une commune ou section de commune pourvue d'un bureau d'Etat Civil, et encore moins la *rue* de la commune ou du village.

5e *question*. L'acte de naissance, dit l'art. 56, sera rédigé de suite en présence de témoins et l'art. 1er du Décret de 1806 dit dans son 2e § « l'officier de l'Etat Civil recevra de plus la déclaration des témoins touchant les noms....., des père et mère ». De quels témoins s'agit-il ? Est-ce de témoins oculaires de l'accouchement, ou de témoins de la déclaration ? Il est certain que la loi n'a pas entendu exiger que la déclaration soit faite en présence de témoins de l'accouchement, même s'il s'agit, comme dans l'hypothèse du Décret de 1806, de la déclaration relative à un enfant présenté sans vie. Les déclarations dans tous les cas doivent être reçues par l'officier de l'Etat Civil, en présence des deux témoins qui n'attestent que les faits qu'ils ont pu constater par eux mêmes, à savoir la passation de l'acte en leur présence, la présentation et l'existence de l'enfant et l'identité du déclarant.

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour d'Appel,
Conseil du *Sou Médical*

PROPHYLAXIE PRATIQUE

La rémunération du médecin pour déclaration des maladies contagieuses.

La *Gazette médicale belge* publie les deux documents ci-dessous sur lesquels nous appelons l'attention de nos sociétaires qu'a dû vivement intéresser la récente étude de M. le Dr Declercq (de Lille), puisqu'elle nous a été redemandée et que nous l'avons tirée à part pour être mise à la disposition des lecteurs et des syndicats.

Une bonne mesure sanitaire et une rémunération équitable aux médecins, dont il y a lieu de féliciter les auteurs.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur les deux documents officiels qui suivent et dont ils comprendront toute l'importance pour le corps médical. Nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

I

L'Administration du service de santé et de l'hygiène a envoyé la circulaire suivante aux commissions médicales provinciales concernant la déclaration des maladies transmissibles.

Bruxelles, le 12 avril 1907,

Monsieur le président.

Il est du plus grand intérêt pour les autorités sanitaires d'être renseignées aussi rapidement que possible, sur l'apparition des maladies transmissibles dans le pays, voire même dans les provinces limitrophes des pays voisins.

J'ai donc résolu de faire, par les instructions ci-annexées, un appel à tous les médecins pour qu'ils vous notifient d'urgence les faits relatifs à cet objet qu'ils constatent dans leur clientèle. Cette notification se fera au moyen des bulletins, que vous recevrez par courrier spécial et dont vous voudrez bien transmettre 25 exemplaires à chacun des médecins établis dans la circonscription de votre commission, en même temps que le texte des instructions susmentionnées.

Les bulletins d'informations, une fois remplis, seront adressés au secrétaire de la Commission médicale provinciale du ressort, qui en tiendra note dans un registre *ad hoc* et qui les transmettra, ensuite, sans aucun retard, à l'Inspecteur général du service de santé civil et de l'hygiène, chargé de les dépouiller.

Les praticiens qui les auront envoyés recevront à la fin de l'année, une indemnité de 2 francs par bulletin transmis.

Quant au registre susmentionné, il vous parviendra incessamment et reproduira les mentions imprimées qui se trouvent sur les bulletins.

Pour compléter ce service d'information, vous voudrez bien, Monsieur le Président, me transmettre, simplement sous enveloppe, les renseignements que vous continuerez à recevoir de vos membres correspondants.

Enfin, je prie les présidents des commissions médicales frontières de me communiquer, dans les quarante-huit heures de leur réception, toutes notifications d'épidémies en pays étrangers limitrophes qui leur seront faites, conformément aux conventions internationales, par les autorités désignées à cet effet.

L'ensemble de ces mesures me permettra d'être exactement et rapidement renseigné sur l'état sanitaire du pays, et de seconder les Commissions médicales provinciales et les autorités publiques, dans la lutte contre la propagation des maladies transmissibles, nées sur place et contre l'importation de celles qui ont pris naissance à l'étranger.

Le Ministre,
Baron M. VAN DER BRUGGEN.

II

Instructions pour les médecins en ce qui concerne la déclaration des maladies transmissibles.

1. Les médecins sont instamment priés d'adresser, *d'urgence*, au secrétaire de la Commission médicale du ressort, les renseignements ci-dessous indiqués concernant l'apparition des maladies transmissibles *dans leur clientèle*.

2. Pour la rédaction de ces informations, ils se serviront des bulletins qui leur sont adressés en même temps que les présentes instructions.

Ils recevront, de ce chef, à la fin de chaque année, une indemnité calculée à raison de 2 francs par bulletin d'information transmis.

3. Les informations porteront :

A. Sur tous cas de :
Choléra, confirmé ou suspect ;
Peste, confirmé ou suspect ;
Variole ou varioloïde ;
Septicémie puerpérale (quand le secret n'est pas réclamé ou qu'il ne s'impose pas).

B. Sur tout foyer de :
Fièvre typhoïde ;
Diphtérie ;

Il faut entendre par foyers, au sens des présentes instructions, un ou plusieurs cas existant dans la même maison.

C. Sur toute épidémie de :
Rougeole ;
Coqueluche ;

Scarlatine ;
Ophtalmie granuleuse.

Il faut entendre par épidémie, au sens des présentes instructions, l'existence d'au moins trois foyers.

Une fois la déclaration faite, les nouveaux foyers qui viendraient à se produire, au cours de la même épidémie, ne devront pas être signalés.

4. Les informations ne porteront pas sur les malades qui sont en traitement dans les hôpitaux civils et militaires.

5. Les informations dont il s'agit ne dispensent pas les médecins du devoir que leur prescrit l'article 23 de l'arrêté royal coordonné du 31 mai 1895, de donner immédiatement connaissance à l'autorité locale des affections transmissibles et pouvant devenir épidémiques qu'ils constatent dans leur clientèle.

M. le Dr L. Merveille, fait,à propos de ces documents, les réflexions suivantes :

Sous l'active et intelligente impulsion de l'excellent directeur général du service de santé civil et de l'hygiène, M. Velghe, l'administration centrale a pris, dans ces derniers temps, différentes mesures qui ont mérité l'adhésion unanime du corps médical belge. Nous croyons devoir revenir sur la dernière d'entre elles, car elle peut être d'une importance considérable pour l'avenir de notre profession ; nous voulons parler de la circulaire adressée par le Ministre de l'Agriculture aux Commissions médicales, concernant la déclaration des maladies transmissibles et des instructions pour les médecins qui accompagnent cette circulaire.

Comme nos lecteurs se le rappelleront, ces documents divisent les affections transmissibles en trois groupes ;

1o Les maladies dont il importe que le médecin signale d'urgence tous les cas survenant dans sa clientèle, au secrétaire de la Commission médicale : choléra confirmé ou suspect ; peste, confirmée ou suspecte ; variole ou varioloïde ; septicémie puerpérale (quand le secret n'est pas réclamé ou qu'il ne s'impose pas) ;

2o Les maladies dont il faut signaler tout foyer (un ou plusieurs cas dans la même habitation) : fièvre typhoïde, diphtérie ;

3o Les maladies qu'il faut signaler dans les cas où elles règnent d'une façon épidémique (cas où il existe plusieurs foyers) : rougeole, coqueluche, scarlatine, ophtalmie granuleuse.

La circulaire ministérielle porte qu'une indemnité calculée à raison de 2 francs par bulletin d'information transmis, sera payée aux médecins.

L'importance des documents que nous venons de résumer est considérable. Ils renferment en germe toute une organisation sanitaire nouvelle. Par voie administrative, ils tendent à établir les fondements d'un système rationnel de lutte contre les maladies transmissibles, sur lesquels devra être édifiée la loi sanitaire attendue en vain depuis si longtemps.

La circulaire ministérielle a donc une portée sociale très grande ; elle peut produire des effets de la plus haute utilité pour la masse des citoyens. Mais, pour cela, il faut que le corps médical réponde à l'invitation qui lui est faite de déclarer les cas de maladies transmissibles qu'il rencontre dans sa clientèle. Peut-il le faire ? Doit-il le faire ? Examinons ces deux points.

Demander si le médecin peut déclarer aux autorités les cas de maladies transmissibles qu'il rencontre dans sa clientèle, c'est poser l'éternel problème du secret professionnel. Sans vouloir examiner à fond cette intéressante question, nous devons reconnaître que, par sa déclaration, le médecin ne fera connaître à l'autorité qu'une chose absolument dépourvue de tout secret pour tout le monde, sauf pour cette autorité qui est, cependant, seule intéressée à la connaître, parce que seule, elle peut ensuite prendre les mesures commandées par la sauvegarde de la santé publique. Tous les parents, domestiques, locataires et voisins d'une maison où règne un cas d'affection transmissible sont au courant de la situation, en causent librement et ce serait violer un secret que d'en aviser l'autorité publique dans un but d'intérêt général ! Evidemment, quand on ne se laisse pas griser par les grands mots et les solennels principes, le secret professionnel ne peut être atteint dans l'immense majorité des cas.

Il ne l'est pas non plus lorsque la loi prescrit formellement la déclaration de certaines maladies telles que la peste et le choléra. Certains jurisconsultes vont plus loin : ils estiment que les arrêts royaux du 21 mai 1880 et du 31 mai 1885 prescrivant soit aux correspondants des Commissions médicales, soit à tout médecin de faire la déclaration, sont des dispositions réglementaires prises en exécution des lois et ont, par conséquent, force de loi. D'après eux, il n'y aurait jamais de violation du secret professionnel tombant sous le coup de l'art. 458 du code pénal lorsque le médecin fait connaître à l'autorité les maladies transmissibles qu'il rencontre. Bien plus, d'ores et déjà, cette déclaration serait obligatoire pour tous les praticiens.

Cette thèse nous semble un peu absolue. Si elle était si clairement établie, le gouvernement n'aurait pas hésité à rendre depuis longtemps obligatoire la déclaration. Le fait aussi qu'il existe une loi spéciale visant la peste et le choléra, nous paraît exclure une extension générale à toutes les maladies transmissibles par simple autorité administrative.

Quoi qu'il en soit, le médecin peut, sans crainte, faire la déclaration demandée par le gouvernement, parce que, dans l'immense majorité des cas, il ne signalera pas une chose secrète en fait, parce qu'il sera en tous cas couvert par la loi et par l'interprétation donnée aux arrêtés par le gouvernement, et aussi, parce qu'il fera la déclaration à une autorité tenue comme lui au secret professionnel.

Mais est-ce une raison pour répondre à l'appel du gouvernement ? En d'autres termes, le médecin doit-il désormais faire la déclaration qu'on lui demande ?

Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. Le médecin a ici un devoir social à remplir et que seul il peut remplir. Il doit défendre la santé publique, il doit protéger ses concitoyens contre la propagation des maladies contagieuses, il doit mettre l'autorité publique à même de lutter victorieusement contre les fléaux qui attaquent les populations. La déclaration doit être le point de départ d'une série de mesures de défense et, comme,seul, il peut la faire en connaissance de cause, il y a là un devoir auquel il n'a pas le droit de se soustraire.

Nous nous demandons même si, par le temps qui court, le médecin serait certain d'échapper à des reponsabilités civiles dans les cas où on lui demanderait raison de la transmission de certai-

nes maladies qu'il aurait pu empêcher par une déclaration à l'autorité publique. On arrive aujourd'hui à réclamer facilement des dommages intérêts au médecin accusé de ne pas avoir fait tout son devoir. Est-on certain qu'on ne trouverait pas des juges pour donner raison à des parents rendant un médecin responsable de la mort de leur enfant par suite de scarlatine, de diphtérie gagnées dans une habitation infectée et non signalée par ce médecin à l'autorité publique ?

Le gouvernement a reconnu pratiquement le droit du médecin à une rémunération lorsqu'il fait une déclaration d'intérêt général. Si naturel que cela soit, c'est cependant là une nouveauté dont il y a lieu de le féliciter. Ce sera pour le corps médical une raison de plus de remplir un devoir que la morale, la raison, lui imposent. Nous faisons des vœux pour que ce devoir soit si bien et si universellement rempli qu'il rende en fait inutile une loi qui, en cas de nécessité, viendrait certainement l'y contraindre sous peine de poursuites et de condamnations.

Dr L. MERVEILLE.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Comme il n'est pas mauvais d'empêcher les enthousiasmes de tomber après les grands efforts, nous croyons devoir publier le fidèle compte rendu ci-dessous d'un délégué au dernier congrès, au Syndicat qui l'avait choisi.

Syndicat des médecins de Saint-Etienne.

Au docteur Riolacci, secrétaire du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Etienne.

Mon cher confrère,

Sur votre demande, j'ai eu l'honneur d'être délégué par les praticiens de la Loire pour les représenter à l'assemblée nationale des médecins de France le 12 avril dernier, et j'ai pu m'acquitter des fonctions de cet honorable mandat.

Je n'ai pas la prétention de vous rendre compte, séance par séance, des propositions, des vœux, incidents qui ont marqué l'avènement de ces premières assises du Corps médical.

Par les journaux professionnels, vous êtes déjà au courant et le serez plus officiellement dans quelques semaines, par le compte rendu des Travaux du Congrès, que l'état financier permettra de publier tout au long ; mais il semble que je vous doive le récit des impressions que j'ai éprouvées, en assistant d'un bout à l'autre aux six séances de 3 heures chacune, qui ont eu lieu du vendredi 12 au dimanche matin 14 avril. Ces séances ont été longues, mais jamais ennuyeuses ; d'où la grande affluence d'auditeurs restant à leurs bancs pour écouter, ou montant à leur tour à la tribune exposer des idées parfois très originales.

Les représentants des praticiens avaient un budget de 12.800 fr. pour ces deux journées et l'impression des rapports et comptes rendus. Cela représentait 1265 membres participants à titre individuel, et 103 sociétés médicales. Les organisateurs durent à la dernière heure changer le local des réunions sous peine d'avoir à refuser des délégués ; de la salle de la Société de Géographie on transporta le siège du Congrès à la salle des Sociétés savantes, rue Danton, plus vaste.

Ce fut un praticien des Ardennes, le docteur GAIRAL, de Carignan, qui a supporté l'honneur et les fatigues de la présidence. Pendant cinq séances, il fit par sa maîtrise et l'éclat de sa voix l'admiration du Congrès ; à la sixième, aphonie complète, c'est dire s'il eut à mettre aux voix, proposer ou répéter des motions.

Parmi les représentants de notre région, le docteur ALBERTIN et le sénateur REYMOND eurent les honneurs de la vice-présidence. L'un et l'autre dans la suite des débats surent mériter par leurs rapports les applaudissements de l'assemblée.

Un de ceux qui charmèrent le plus votre délégué fut le professeur MONPROFIT, (d'Angers), venu avec son collègue, le professeur MOTAIS. Chaque proposition de lui sonnait juste et soulevait l'enthousiasme. Avec bonhomie, avec chaleur, avec une réelle éloquence, il est venu nous dire ce que serait le monsieur pourvu du *Certificat d'Etudes Médicales supérieures*, — pardon du certificat d'admissibilité à l'agrégation, car si le mot primitif n'existe plus, la chose reste. « Le titulaire de ce Certificat d'où la clinique est exclue, pouvant être bombardé d'office chef de clinique, professeur dans une école secondaire, suppléant d'un chirurgien, que voulez-vous que j'en fasse de ce monsieur ? Croyez-vous que je m'en vais lui confier mes malades, mon service, disait en levant les bras au ciel, Monprofit. Non messieurs, nous allons travailler à faire disparaître cette monstruosité, sinon, c'en est fini du bon renom de la vieille clinique française. » Et les applaudissements ne venaient pas seulement du banc de l'association corporative des Etudiants, des rangs des praticiens songeant à leurs malades envoyés dans les hôpitaux et à l'éducation médicale de leurs enfants, ni de la tribune des organisateurs de cette Douma médicale, aussi révolutionnaire que l'autre, mais aussi des maîtres de la Faculté, venus individuellement à cette réunion du corps médical français. Le professeur Bouchard était absent, il n est pas besoin de l'expliquer, mais à toutes les séances où l'on s'est occupé de la Réforme des Etudes médicales, étaient présents les professeurs PINARD, HAYEM, BLANCHARD, LEGENDRE, LEPAGE, BRISSAUD, GLEY, et chacun de ces Messieurs fut sur la brèche, soit pour approuver les motions discutées, soit pour empêcher l'assemblée d'aller trop loin, de trop démolir sans savoir comment se ferait la reconstruction.

PINARD, qui dans son service d'enseignement obstétrical a innové et devancé les réformes réclamées par les praticiens, fut acclamé hautement par les congressistes et les idées sages qu'il émettait en demandant à la Faculté d'être de son

temps, d'évoluer comme la science médicale depuis vingt ans, étaient prises en considération. A cause de lui, les circonstances atténuantes paraissaient accordées à tant d'autres professeurs, qui, d'après les praticiens, veulent les honneurs, le profit, les décorations que donnent la robe avec la toge... et se... foutent pas mal des étudiants et des stagiaires, comme le disait un peu vertement le représentant de l'Association des Etudiants de Paris, M. Lafontaine.

En plaidant ces circonstances atténuantes, le professeur Pinard disait que cette Faculté si décriée les désire, les demande, mais voit arrêter ses propositions, ses projets, dans les bureaux de l'Université et du ministère. Le grand-maître de l'Université, notre élu démocrate Briand, n'a-t-il pas dit aux délégués de la Société des anciens internes de Paris, qu'une chose, fût-elle demandée par 100.000 médecins, lui, Breton, l'écarterait si cela ne rentrait pas dans ses idées. Fiez-vous au suffrage universel ! Tout cela, et bien d'autres choses furent soulignées à ce Congrès où le parlementarisme reçut d'assez rudes assauts.

Je n'essaierai pas de donner un résumé même succinct des discours prononcés à la tribune de ce Congrès par les hommes de talent, de courage et de dévouement, comme les professeurs Blanchard, Gley, Lepage, Legendre, Brissaud, mais je dois cependant vous donner l'impression que causa l'apparition à la tribune, d'un homme à longs cheveux et à longue barbe qui se présenta comme un étudiant de 47e année, le professeur HAYEM, à figure d'ascète ou de prophète ; d'après lui, et qui ne lui donnerait raison ? il y a deux classes d'élèves : les travailleurs et les indifférents, les indolents ; pour les premiers, il n'est pas besoin de réformer les études médicales, ils trouveront toujours l'occasion et les moyens de travailler ; pour les seconds, il est nécessaire de les obliger à sortir de leur indolence, de leur présenter la médecine d'une autre façon, de les forcer à s'intéresser à leurs études.

Pour cela il faut qu'ils mettent la main à la pâte, il faut qu'ils aient une responsabilité, il faut qu'ils voient les malades, non en promeneurs et en désœuvrés à travers les salles, mais qu'ils soient présents dans les salles, le matin, la journée, même la nuit, qu'ils ne soient plus de ces stagiaires qui gênent les internes, les infirmiers, mais que tous soient appelés pendant 4 ans à être de véritables externes. Il n'entre pas dans le détail de la réforme ; création de cours techniques obligatoires, remplacement du stage par 4 années d'externat ou 4 années de garde dans les hôpitaux comme le demandait Brissaud, peu tendre pour les indolents, exigeant l'assistance au cours et à qui l'un des délégués des étudiants vint répondre : « J'ai assisté au cours d'ouverture de M. le professeur Brissaud. Il nous a parlé éloquemment de pathologie, de sa chaire, de ses prédécesseurs ; mais il concluait en disant : Venez à mon cours, si vous n'avez rien de mieux à faire. » (Sourires).

Je vous étonnerais en vous disant que le professeur éloquent, le virtuose qu'est Brissaud resta sans réplique.

—

A ce congrès, deux questions principales étaient posées et ont été résolues dans l'esprit de ceux qui étaient présents.

Réforme des études médicales.— Par l'élargissement de l'enseignement, qui doit être rendu plus accessible à *tous* ceux qui en sont dignes, pourvus ou non de titres ou grades universitaires, autres que celui de docteur en médecine, il faut commencer la réforme. Augmentons l'importance et le nombre des Ecoles de province (et à part moi je songeais à cet hôpital de Saint-Etienne et à mes maîtres de cet hôpital à qui je dois tant ; et je me disais combien je serais heureux d'y voir mes enfants y apprendre la clinique). Supprimons l'agrégation qui fait perdre temps et argent, qu'on réserve si souvent à ses créatures ; ne créons aucun nouveau diplôme ou certificat. Faisons payer les professeurs en partie par les élèves débarrassés des droits d'examens et de thèse. Créons une section médicale du P. C. N., et dans cette section apprenons aux étudiants des choses se rapportant d'une façon pratique à l'art de la médecine. Il faut aussi réformer les examens ; l'étudiant dès le début de sa scolarité doit avoir un livret sur lequel seront consignés exactement les notes des professeurs, chefs de laboratoire ou de clinique, médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux qui auront instruit le jeune homme : ce serait sauvegarder les intérêts des étudiants et je trouvais, aussi, ceux des parents qui pourraient jeter un coup d'œil sur ce livret.

D'une façon générale, enseignement donné largement à l'hôpital pour faire de bons cliniciens ; le côté scientifique, théorique étant donné au laboratoire, mais au laboratoire de l'hôpital : l'étudiant ayant vu le malade au lit, continuera au laboratoire l'examen des humeurs, sang, urine, tissus, tumeurs ; ou s'il y a lieu, les produits de la nécropsie.

Libre choix du médecin par le mutualiste, l'indigent, l'accidenté du travail. Il y avait bien quelques situations menacées spécialement à Paris par le vote de cette motion ; et il y a eu des intrigues dans la coulisse, des motions d'ordre. Les Parisiens qui ont, paraît-il, des *Spécialistes d'accidents du Travail* ! ont fait entendre l'écho de leurs plaintes touchant les nouvelles combinaisons, mais rien n'a pu résister au grand souffle de liberté qui a emporté toutes les doléances, tous les intérêts particuliers contraires à l'intérêt général et il a été voté par l'immense majorité des congressistes, par tous ceux de la province, par tous ceux des délégations des départements, cette motion qui a un air de Convention :

« Il est contraire à l'ordre public et à la dignité humaine qu'en aucun cas une collectivité de quelque ordre que ce soit, puisse imposer un médecin *traitant* à un malade » (vœu de Grissac).

Et cette autre : « Le Congrès des praticiens de France décide que les indigents de France sans exception, ont le droit de choisir leur médecin », adoptée à l'unanimité moins 3 voix.

Et cette autre à l'unanimité :

« Hors le cas de manquement grave au devoir professionnel et seulement après enquête contradictoire, où devra être convoqué le président du Syndicat ou de la Société dont fait partie le praticien incriminé, le Préfet ne pourra faire défense au praticien de donner ses soins aux indigents, ni faire défense aux pharmaciens d'exécuter ses ordonnances, etc., etc. »

A côté de ces questions qui étaient la raison d'être du congrès, quelques propositions inci-

dentes se sont fait jour, entre autre l'idée que le médecin praticien lui aussi aurait besoin, du repos hebdomadaire, et qu'il pourrait l'obtenir soit par roulement dans les centres où il y a plusieurs médecins, soit en repos relatif en augmentant le prix de la visite le dimanche, s'il n'y a pas d'autres confrères dans la région, et en ne soignant ainsi que les cas d'urgence. Le projet Caillaux a eu également les honneurs de la discussion quelques minutes, et a joui d'une mauvaise presse en ce qui concerne l'impôt sur le revenu visant les professions libérales et la façon de l'établir.

A la dernière séance, il a été question de la nomination d'un comité de vigilance, destiné à surveiller l'application future des vœux votés par le Congrès, et à provoquer une nouvelle assemblée en temps opportun. 60 noms ont été mis en avant comprenant beaucoup de Parisiens, 5 ou 6 professeurs et un très grand nombre de délégués de province. Malheureusement, il n'y avait pas assez de place pour autant de régions. Les délégués de Nice commencèrent par dire qu'ils n'étaient pas venus de si loin pour qu'on ne leur réserve pas une place dans ce comité permanent, et bien d'autres de réclamer. La liste ne fut pas mise aux voix pour être ratifiée par l'assemblée. Elle sera établie par les organisateurs du Congrès. Si donc le groupement de praticiens de la Loire désire être représenté par un de ses membres, qu'il charge le docteur Reymond ou le docteur Albertin de faire valoir ses droits.

Telles sont, esquissées à grand trait, les impressions que j'emporte de ce Congrès où l'*invidia medicorum pessima* paraissait en décadence.

Veuillez agréer, mon cher et très distingué confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Docteur Odin.

Saint-Galmier, le 28 *avril* 1907.

N. D. L. R. — Qu'il nous soit permis, M. Odin étant « *correspondant du Concours médical* », de faire remarquer combien les confrères qui ont accepté ce titre, se montrent scrupuleux dans l'accomplissement de tous les mandats de défense professionnelle qui leur sont confiés.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Paris, le 5 juin 1907.

Monsieur le Docteur Jeanne,
au *Concours médical*
23, rue de Dunkerque, Paris.

Mon cher confrère,

Puisque vous avez bien voulu publier dans le *Concours* les documents relatifs à la pétition des masseurs, je pense que vous apprécierez l'intérêt que présente cette lettre d'un de nos confrères de province. Les arguments qu'il invoque sont ingénieux et originaux.

A l'appui de son dire, je vous donne communication d'un passage d'une lettre d'un confrère de Paris, qui m'écrivait il y a quatre ou cinq jours :

« Depuis longtemps, dit-il, j'entends parler « des cures merveilleuses d'un guérisseur de mon « quartier, j'en ai eu ce matin un bel exemple.

« Appelé d'urgence à six heures du matin « j'arrive un quart d'heure après la mort de Mme « L...., cette dame souffrait d'une phlébite du « membre inférieur gauche. Un pansement infect, « mélangé d'une pommade rance et d'une pou- « dre qui était probablement du sous-carbonate « de fer, couvrait sa jambe gauche.

« Depuis plusieurs mois, le nommé B...., la « massait. Hier la malade rentra accusant de vives « douleurs dans le mollet gauche et à la suite du « dernier massage, et cette nuit elle fut prise « d'une dyspnée intense, et succomba quelques « minutes avant mon arrivée à une embolie pul- « monaire, très probablement consécutive au « massage intempestif de sa phlébite. »

Ainsi voilà ce que peut produire le *don* dont ces messieurs se montrent si jaloux !....

Dès que j'ai eu en ma possession la lettre du confrère, je lui ai mis une dépêche, pour lui donner le conseil de prévenir le médecin de l'état civil pour qu'il refuse le permis d'inhumer. C'est en effet le meilleur procédé à employer, et les médecins qui ont dans leur entourage un guérisseur gênant peuvent être certains que tôt ou tard, un événement leur fournira une occasion de pincer de cette façon le coupable.

A bientôt, mon cher ami, et croyez à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le Secrétaire de l'Office,
Dr Ch. Levassort
2, place des Vosges, Paris.

Lorient, le 29 mai 1907.

Monsieur et honoré confrère.

Je suis chargé comme secrétaire du Syndicat médical de Lorient, de vous faire connaître l'avis de mes confrères au sujet de la singulière pétition des masseurs et magnétiseurs.

Votre opinion, si nettement exposée dans le *Concours médical* du 12 mai 1907, est celle à laquelle doivent se rallier tous les confrères qui jugent les choses avec bon sens.

Il est évident que pour faire du massage, point n'est besoin d'être docteur en médecine. C'est un métier pour lequel il suffit d'avoir fait un apprentissage. Mais le masseur ne doit, en aucun cas, se substituer au médecin qui, lui, voyant les choses de plus haut, détermine les indications du massage.

Plus encore que les indications, faciles à saisir dans bien des cas, il doit savoir en découvrir les contre-indications. Et pour ce faire, il lui est nécessaire non seulement d'étudier la lésion locale, mais de rechercher s'il n'existe pas dans l'état physio-pathologique de son sujet des motifs sérieux d'abstention.

En admettant même qu'au début du traitement rien ne s'oppose à l'application d'un massage méthodique et bien réglé, n'est-il pas possible que de nouvelles indications surviennent, ne voit-on pas fréquemment des contre-indications absolues surgir tout à coup ?

Comment le masseur qui n'est nullement préparé par ses études antérieures, qui ne possède en général, aucune notion même élémentaire de physiologie pathologique, pourrait-il donner des soins sérieux ? Comment pourrait-il prévoir et éviter le danger parfois imminent ? Seul, le médecin doit diriger un traitement aussi délicat.

Il y a la même différence entre le médecin et le masseur qu'entre l'architecte et le maçon. Il serait dangereux de faire construire un édifice important par un ouvrier maçon qui peut connaître à fond son métier mais ne possède évidemment pas toutes les notions que comporte l'art de bâtir.

Il est de même des plus dangereux de confier un organisme aussi délicat que l'organisme humain, à un masseur, si habile soit-il, qui ne possède après tout aucune notion sérieuse d'anatomie ni de physiologie normales ou pathologiques.

Quant au magnétisme et à l'hypnotisme des empiriques il est superflu d'insister pour faire comprendre combien il serait dangereux — tant au point de vue moral qu'au point de vue physique — de donner officiellement et légalement à des individus quelconques le droit d'utiliser à leur gré cette force psychique encore si peu connue dans ses effets et dont l'utilisation thérapeutique est encore si contestée par nos maîtres les plus éminents.

Telles sont, mon cher confrère, les réflexions que le Syndicat médical de Lorient m'a chargé de vous transmettre. Elles viennent peut-être un peu tard. Elles seront, en tout cas, une preuve de plus que le corps médical vous suit avec intérêt et vous approuve sans réserve dans la lutte que vous menez si courageusement pour la défense de ses intérêts professionnels.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr F. A.

CORRESPONDANCE

Très honoré confrère,

En ma qualité de l'un des plus anciens membres du Concours médical et comme directeur de *l'École dentaire française,* je ne puis laisser passer sans protester la lettre adressée au *Concours* par l'un de nos jeunes confrères. Les assertions qu'il émet sur l'enseignement dentaire sont en contradiction si flagrante avec ce qui existe que je me demande où il a puisé ses renseignements ? Rien, ou à peu près, n'est exact de ce qu'il avance. La question, présentée sous l'étrange aspect qu'il lui donne, tend à faire croire que les études dentaires sont dérisoires. Il en est autrement. Il est nécessaire que nos confrères du Concours soient édifiés et puissent juger en connaissance de cause.

Qu'il soit désirable que l'art dentaire revienne aux docteurs en médecine, comme branche de la médecine, je n'y contredis pas, bien que, dans cet ordre d'idées il y aurait au point de vue pratique et même théorique, des lacunes à combler ; il ne s'ensuit pas que l'enseignement dentaire n'ait aucune valeur.

En consultant un programme des études dentaires, élaboré par le Conseil supérieur de l'instruction publique, sachant que les élèves passent trois examens sur les matières de ce programme devant un jury composé de professeurs de la Faculté de médecine et de dentistes des hôpitaux, peut-on admettre que ces examens soient fictifs ou entachés de dol, que ces examinateurs se soient, depuis 1892, prêtés à semblable fumisterie, qu'ils aient délivré des diplômes pour être agréables aux candidats ? Encore faut-il raisonner et ne pas traiter de chic, comme on lance une boutade, une question que l'on connaît mal, dans le but évident de la juguler et les dentistes et chirurgiens-dentistes en même temps.

Les Ecoles dentaires sont d'enseignement supérieur libre, elles fonctionnent sous le contrôle académique, par délégation de M. le ministre de l'instruction publique. Leur constitution réglementaire comporte trois docteurs en médecine. L'Ecole dentaire française ne s'est pas limitée à cette obligation, elle a fait un choix, pour l'enseignement théorique, de savants éminents professant dans les différents services de la Faculté de Médecine, en Sorbonne, au P. C. N, de praticiens, de spécialistes dont les noms seuls sont une notoriété, qui enseignent chaque branche de laquelle ils se sont faits une spécialité. Pour l'enseignement pratique, elle possède des chirurgiens dentistes, des dentistes des hôpitaux et de l'Assistance publique.

Ajoutez à cela que la régularité est parfaite, que les cours ont lieu tous les jours pendant l'année scolaire, qu'au dispensaire de l'Ecole, la clinique a lieu tous les jours, même pendant les vacances, qu'il y vient de nombreux malades offrant des sujets d'étude les plus variés. Les élèves y reçoivent l'enseignement pratique de dentisterie opératoire. Après la leçon clinique faite sur chaque malade, aux deux points de vue pathologique et chirurgical, ils opèrent, donnent des soins, s'exercent à tous travaux dentaires, à l'auscultation, aux anesthésies, sous la surveillance immédiate et effective des chefs de clinique.

Je mets en fait qu'un élève régulier, ayant accompli sérieusement sa scolarité est réellement instruit et dans une mesure suffisante pour ne pas commettre les erreurs et les accidents dont il est fait mention contre lesquels leurs maîtres les prémunissent d'ailleurs.

Le programme des études dentaires est donc bien compris ; mais il serait nécessaire qu'il soit encadré dans des mesures de rigoureuse exécution.

J'ai, dans plusieurs communications faites à l'Instruction publique, demandé : que le certificat d'études primaires supérieures soit exigé pour l'admission dans les Ecoles ; 2° que des examens aient lieu chaque fin d'année par le jury d'Etat, j'ai indiqué comment j'en comprends la distribution ; 3° que les présences soient consignées sur un registre *officiel* par la signature de l'élève ; que le contrôle en soit fait par le délégué de l'Instruction publique qui devrait décider du droit à l'inscription. Ce serait le meilleur frein, le seul à apporter aux irrégularités de toutes sortes ; 4° que la prothèse soit rendue obligatoire avec le même contrôle par les signatures que ci-dessus.

Pour terminer, il est encore une question qui doit être mise au point pour l'édification de ceux que les Ecoles dentaires intéressent à un titre quelconque : Les trois Ecoles dentaires de Paris sont *reconnues* au même titre par l'Instruction publique, puisqu'elles en ont reçu le mandat de donner l'enseignement et de délivrer des inscriptions en vue du diplôme d'Etat.

Les deux Ecoles qui se disent *reconnues d'utilité publique* cherchent à créer une confusion de laquelle elles tirent des avantages divers. Les Ecoles ne sont pas *reconnues d'utilité publique.* Ce sont les *Sociétés financières* d'apparence philanthropique qui les régissent, qui ont été favorisées de cette dénomination par le Ministre de l'Intérieur. Il y aurait encore beaucoup à dire sur la lettre en question, mais je me borne aujourd'hui à traiter la question des Ecoles et à démon-

rer que les élèves sortis de l'Ecole dentaire française ne sauraient être un danger pour la sécurité publique, qu'il y a là un parti pris injustifié.

Veuillez, mon cher confrère, agréer l'assurance de ma considération la plus confraternelle.

Dr ROUSSEAU.
Chirurgien-dentiste des hôpitaux de Paris.

N. D. L. R. — Ce serait faire preuve de mauvaise grâce, que de ne pas admettre cette protestation de M. le Dr Rousseau. Mais tous les plaidoyers du monde en faveur des écoles dentaires n'empêcheront pas qu'une *Réforme des études médicales* ne peut désormais consacrer un autre principe que : « Toute la médecine aux docteurs, stomalogie et dentisterie comme le reste ». Pour la Société du Concours médical, l'étude est close sur ce point et il convient de ne pas la rouvrir quand d'autres sont à faire.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître chez F. de Rudeval, Editeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, le *Nouveau Formulaire* pratique de thérapeutique des Maladies Cutanées par M. le Dr L. BUTTE.

M. le Dr L. Butte vient, dans ce livre, de réunir et de classer, avec beaucoup d'ordre et de méthode, les formules et traitements employés dans cette partie de l'art de guérir qui a trait aux maladies cutanées et vénériennes.

« Les progrès incessants de la science, les merveilleuses découvertes faites récemment dans le domaine des sciences physiques », dit l'auteur dans son introduction, « ont considérablement accru et modifié les procédés de thérapeutique dermatologique et vénéréologique. C'est ce qui explique l'apparition de ce formulaire qui constitue un recueil des principaux traitements employés à l'heure actuelle dans la thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes. »

Cet ouvrage aussi complet et concis que possible s'adresse non pas seulement aux spécialistes, mais aussi et surtout aux praticiens de médecine générale qui, particulièrement en province, sont obligés de faire face à toutes les éventualités et n'ont pas toujours les loisirs suffisants pour se tenir au courant des nouveautés thérapeutiques.

Ces derniers y trouveront l'indication des méthodes et des traitements préconisés le plus récemment par les dermatologistes et les vénéréologistes les plus réputés de la France et de l'étranger. Ce sera pour eux un guide sûr et rapide qu'ils auront quotidiennement l'occasion de consulter.

REPORTAGE MÉDICAL

Assistance aux veuves et filles de médecins. — Le Comité de dames patronnesses que la Société centrale de l'Association générale se proposait de créer est organisé. Il comprend quatorze dames, toutes femmes ou filles de médecins membres de l'A. G. On lui a déjà adressé les offres d'emploi ci-dessous :

1° « On demande comme infirmière dans une polyclinique de province une femme ou fille de médecin. Elle serait attachée au service des maladies nerveuses et secondée par une femme de chambre. Traitement mensuel, de 40 à 50 francs suivant les aptitudes professionnelles. Chambre et nourriture confortables. »

2° « On demande veuve de médecin, âgée de 40 à 50 ans, pour tenir la maison d'un monsieur veuf et servir de dame de compagnie à sa fille. Quelques connaissances musicales sont nécessaires. »

Les confrères qui auraient à présenter des candidates, sont priés de les adresser au siège social de la Société centrale, 5 rue de Surène.

Congrès international d'hygiène scolaire. — Nous rappelons que ce Congrès se tiendra à Londres du 5 au 10 août. Pour les adhésions et les renseignements on peut s'adresser : au bureau de renseignements de la Sorbonne ; à M. Friedel, au Musée Pedagogique, 41, rue Gay-Lussac, ou au Dr Dinet, 11 *bis*, rue Cernuschi.

Une exposition du bâtiment, du mobilier et des fournitures scolaires aura lieu à l'Université de Londres (South Kensington), du 5 au 14 août.

Londres, du 3-10 *août* 1907. — Le Congrès est divisé au point de vue du travail en 11 sections qui sont :

I. Physiologie et psychologie des méthodes d'éducation et de travail intellectuel.
II. Inspection médicale des écoles.
III. Hygiène du corps enseignant.
IV. Education des écoliers et des maîtres en hygiène.
V. Education physique et hygiène de l'entraînement.
VI. L'hygiène en dehors de l'école. — Colonies de vacances. — Relations de l'école et de la famille.
VII. Maladies contagieuses. — Les écoliers malades.
VIII. Ecoles pour les faibles d'esprit et les anormaux.
IX. Ecoles pour les aveugles et les sourds-muets.
X. Hygiène des internats.
XI. Bâtiments et fournitures scolaires.

Voici le programme provisoire :

Samedi 3 *août* : 9 heures du matin. Ouverture des salles de réceptions et des bureaux. — Délivrance des tickets, des programmes et de tous les renseignements relatifs au Congrès.

Dimanche 4 *août* : Services à la cathédrale.

Lundi 5 *août* : Séance d'ouverture. — Réception des délégués. — Discours d'inauguration par le Président du Congrès Sir Lauder Brunton.

Les mardi 6, *mercredi* 7, *jeudi* 8 *et vendredi* 9 : de 10 heures du matin à 2 heures de l'après-midi, réunion des sections. — A midi, discussion d'un des rapports en séance plénière.

Mardi 6 : à 3 heures, excursions et visites. — A 8 heures du soir : Conférence par le Right Rev. Bishop. Welldon D. D., doyen de Manchester : L'Influence de l'éducation scolaire sur l'éducation morale des adolescents.

Mercredi 7 : L'après-midi et le soir, séances d'affaires.

Jeudi 8 : 3 heures, excursions et visites. — 8 heures du soir : Conférences sur l'hygiène du sport chez les jeunes filles et les jeunes femmes par le Dr Doléris, accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Vendredi 9 : 1 heure 1/2. Séance générale de clôture. — 3 heures, excursions et visites. — 8 heures du soir : Conférence par le Prof. Griesbach.

Samedi 10 : Excursions.

Assurance et libre choix. — Le Tarif et le libre choix du médecin sont *imposés*, ceci entraînant cela, par la Compagnie X..., à ses blessés.

Les patrons sont bien et dûment avertis de n'avoir en aucun cas à conduire, faire conduire ou laisser conduire les blessés chez le médecin............. de n'avoir, en aucun cas, à envoyer chercher le médecin.

« Mais, sacrebleu ! si mon homme reste sans soins sur la route et s'il en crève ? » interroge un patron

ottement préoccupé des soucis de l'humanité la plus vulgaire.

Le représentant de la Compagnie sans broncher, répond : « Nous plaiderons que nous ne devons rien, « parce que le blessé a négligé de s'assurer les soins « indispensables ! »

Historique !

J'ai laissé partir l'assureur et j'ai quitté le patron en lui glissant dans l'oreille cette petite question : « Ça vous coûte cher d'être si bien assuré ? ».

J. C.

P.-S. — Ledit *assureur* nous a *assuré*, j'oubliais de le dire, qu'il y avait des précédents...... sans surprime !

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec.—Un cours clinique et pratique de manœuvres et techniques de diagnostic commencera le lundi 16 septembre 1907 (matin) et comportera 24 leçons faites, le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique Laënnec, par MM. MARCEL LABBÉ, agrégé, et LÉON BERNARD, médecins des hôpitaux ; LORTAT-JACOB, LAIGNEL-LAVASTINE et SALOMON, chefs de clinique; HENRI LABBÉ, chef de Laboratoire, et VITRY, sous la direction de M. le professeur LANDOUZY.

Programme des cours : *Lundi* 16 *Septembre.* — Matin : Les affections tuberculeuses des reins. Examen histologique et bactériologique des urines. — Soir : Le syndrome d'hyperglycémie. La glycosurie.

Mardi 17 *Septembre.* — Matin : Les syndromes rénaux. Diagnostic de l'insuffisance rénale. — Soir : Examen chimique des urines. Principes azotés et principes minéraux. Coefficients urinaires.

Mercredi 18 *Septembre.* — Matin : Les syndromes surrénaux. Diagnostic de l'insuffisance surrénale. — Soir : Examen chimique des urines : principes anormaux : Sucre. Albumine. Pigments biliaires. Indican, Diazo-réaction.

Jeudi 19 *Septembre.* — Matin : Les syndromes thyroïdiens. Goitre exophtalmique ; myxœdème.— Soir : Les syndromes hépatiques. Diagnostic de l'insuffisance hépatique.

Vendredi 20 *Septembre.* — Matin : Nutrition et matière alimentaire. — Soir : Les syndromes gastriques et intestinaux ; sécrétoires et moteurs.

Samedi 21 *Septembre.* — Matin : Les régimes alimentaires dans les états pathologiques. — Soir : Examen chimique du suc gastrique et des matières fécales.

Lundi 23 *Septembre.* — Matin : Bactérioscopie et cystoscopie des épanchements : pleurétiques, ascitiques. Cyto-diagnostic. — Soir : les syndromes d'insuffisance hématique. Ochrodermies, Oligémies. Anémie pernicieuse. Chlorose.

Mardi 24 *Septembre.* — Matin : Diagnostic de la tuberculose. Stade bacillaire ; stade tuberculeux. Formes larvées de la tuberculose. — Soir : Diagnostic des formes communes et frustes du tabes. Signe d'Argyll-Robertson. Syndromes radiculaires. Névrites et névralgies.

Mercredi 25 *Septembre.* — Matin : Diagnostic de la tuberculose. Examen de crachats. Inoculations ; injections de tuberculine. Séro-diagnostic. — Soir : Les syndromes cardiaques et vasculaires. Cardiographie. Sphygmographie. Sphygmomamonétric.

Jeudi 26 *Septembre.* — Matin : Diagnostic des états typhoïdes : Dothiénentérie ; paratyphoïde. Typhobacillose. Séro-diagnostic. Cultures du sang. Examen des fèces : leur transformation, leur utilisation, leurs déchets.

Vendredi 27 *Septembre.* — Matin : Diagnostic bactérioscopique des angines. — Soir : Préparations de sang sec. Formules hémoleucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytoses

Samedi 28 *Septembre.* — Matin : Diagnostic des adénopathies et des splénomégalies. Leucémies et pseudo-leucémies. — Soir : Symptomatologie du grand sympathique : cutanée, pupillaire, viscérale. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Le montant du droit à verser est de 100 francs pour les douze jours du cours. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit, MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, sont délivrés, dès à présent, jusqu'au 16 septembre 1907, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Faculté et Hôpitaux.

Les chaires de clinique obstétricale, d'opérations et appareils, d'histologie, de la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont déclarées vacantes; un délai de vingt jours à partir de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour produire leurs titres à ces diverses chaires.

Le Conseil de la Faculté a décidé que dorénavant les fonctions de médecin, de chirurgien et d'accoucheur des hôpitaux seraient incompatibles avec celles de professeur d'anatomie, d'histologie, de physique, de chimie et de pharmacologie. Les professeurs de chaires spéciales devront prendre l'engagement de se consacrer exclusivement à leur enseignement.

M. Grancher est nommé professeur honoraire.

M. Hutinel, professeur de pathologie médicale, est nommé sur sa demande, professeur de clinique des maladies des enfants à partir du 1er novembre 1907.

M. Segard, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le Prof. Terrier, à partir du 1er novembre 1907.

A la suite du concours d'agrégation sont nommés agrégés de chirurgie : à Paris : MM. Lecène, Ombrédanne et Lenormand ; — Montpellier : M. Riche ; — Nancy : M. Sancerre ; — Lille : M. Potel ; — Lyon : MM. Cavaillon et Laroyenne ; — Bordeaux : M. Guyot ; — Toulouse : M. Caubet.

Agrégés d'accouchement : Paris : MM. Couvelaire et Jeannin ; — Lyon : M. Voran ; — Bordeaux : M. Pery ; — Toulouse : M. Garipuy.

A la suite du concours sont nommés chirurgiens des hopitaux de Paris : MM Lecène et Fredet.

M. Manouélian fera à partir du 17 juin 1907 au laboratoire du cours de pathologie interne, des exercices pratiques de technique histologique et histo-bactériologique.

Les exercices dureront un mois à raison de 3 séances par semaine, de 2 à 4 heures, les lundis, mercredis et vendredis, à partir du 17 juin 1907.

Le nombre des élèves est limité.

Le montant du droit à acquitter est de 60 francs. Les microscopes et réactifs seront fournis.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année **N° 25** Dimanche 23 JUIN 1907



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE MÉDECIN ET LE SERVICE DE DÉSINFECTION

L'organisation des services de désinfection

Dès que parut la loi de 1902 le *Concours Médical* prévit qu'en bonne logique, et en tout esprit d'économie, il faudrait organiser les services en utilisant les éléments qui existaient déjà parce que ceux-ci, provenant de l'initiative locale, avaient le maximum de chances d'avoir été bien adaptés aux besoins et aux possibilités régionales.

Plus que jamais, il nous faut aujourd'hui proclamer cette nécessité.

Le pouvoir central nous paraîtrait, en effet, poursuivre une chimère s'il cherchait comme on l'en accuse, à imposer par voie autoritaire (règlements d'application uniforme, consigne unique aux préfets) les *modus faciendi* à tendance centralisatrice qui furent toujours en honneur chez nous depuis l'ère napoléonienne.

Il préparerait ainsi la création de nouveaux fonctionnaires à peu près inutiles et d'une paperasserie dont les colonnes seront consacrées à répéter le mot « néant » sous tous les caractères ; il lui faudrait *faire obéir* les départements, *mâter* les municipalités, *contraindre* les individus. Or, quel que soit son effort, si souple que se fasse son action sous cette forme, elle n'aboutirait qu'à l'*obéissance passive*, aux simulacres, aux subterfuges. Le Français, né frondeur, deviendrait aussi fraudeur pour faire la nique à l'autorité en réalisant une petite économie.

Combien il serait plus habile de tenir à chaque préfet le petit discours suivant :

« Le Gouvernement vous prie :

« De rechercher ce qui a été fait de mieux dans « votre département, par telle ville, ou tel can« ton, en vue de l'application de la loi de 1902 ;

« D'étudier, avec les auteurs de l'œuvre d'ini« tiative qui vous paraîtra la plus conforme avec « l'intention du législateur, le moyen de la ren« dre parfaite, d'abord, et ensuite de l'adapter « au département tout entier.

« Cette façon de procéder vous assurera le con« cours immédiat de toutes les bonnes volontés « qui avaient précédé l'obligation légale ; l'uti« lisation des ressources existantes en personnel « autant qu'en matériel procurera le maximum « de résultats avec le minimum de frais.

« Nous vous signalons en particulier l'intérêt « qui s'attache à calquer la circonscription sani« taire sur la circonscription hospitalière, le cen« tre de celle-ci étant déjà le plus souvent et pou« vant toujours devenir le poste idéal où se réali« seront et l'isolement du contagieux et la des« sinfection aussi complète qu'on le voudra.

« Mais il est non moins important d'assurer la « déclaration des maladies épidémiques de telle « façon qu'elles soient surprises et jugulées dès « les premiers cas. Ceci ne pouvant être obtenu « que par le concours du médecin s'exposant à « tous les désagréments que lui cause cette dé- « claration, vous devrez demander au service dé- « partemental de prévoir pour cette formalité « une rémunération équitable, dont le bien fondé « est au moins aussi légitime que la sanction ap- « plicable au cas où le praticien ne s'en serait pas « acquitté pour des raisons dont il est souvent « le seul bon juge. »

Qu'un langage de ce genre, parti de la place Beauveau, arrive à toutes les préfectures, aux conseillers généraux, aux comités d'hygiène, à tous les maires, à tous les médecins ; qu'il répète sur tous les tons l'appel fait avant tout aux initiatives locales et limite bien le désir de l'administration d'avoir seulement à constater le bon résultat fourni,sans préférence pour le choix des moyens ; alors on verra vite se produire des organisations réelles, utiles, efficaces, et non des créations, ou bien n'existant que sur le papier, ou bien tracassières, onéreuses, et vouées à l'impopularité.

Au cours d'articles précédents, nous avons dit les tentatives faites dans ce sens par des médecins du Loiret, de la Seine-Inférieure.

Dans le même ordre d'idées,nous reproduisons aujourd'hui la fin d'une intéressant rapport de M. le Dr J. Hommey (de Sées), membre du *Concours médical*, secrétaire du Conseil d'hygiène du département de l'Orne.

PROJET DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DANS L'ORNE

Il n'existe actuellement, dans le département de l'Orne, aucun service public de désinfection, mais quelques hôpitaux possèdent des étuves. Il en existe à Alençon, à Argentan,à Domfront,à Flers,à la Ferté-Macé, à Mortagne.

Les établissements hospitaliers de Sées et de Laigle ont des sommes allouées pour l'installation d'étuves.

Bien que les appareils actuellement existants aient été acquis uniquement pour le service hospitalier,les Commissions administratives les ont mis à la disposition du public moyennant une taxe variable suivant les localités. Les désinfections sont faites par les soins de l'hôpital.

Cette organisation rudimentaire pourrait servir très avantageusement de base à l'organisation nouvelle que le département doit créer. Cela éviterait :

L'achat, pour un certain nombre de postes, *d'appareils dispendieux.*

Les frais d'installation première.

La recherche des locaux.

La charge et l'instruction d'un personnel, la plupart du temps inoccupé et que l'on aurait constamment sous la main.

Et, comme presque toutes les circonscriptions sanitaires possèdent un établissement hospitalier, on voit quelles économies le département pourrait réaliser en chargeant du service de désinfection l'hôpital régional qui se trouverait ainsi concentrer tout ce qui touche à la santé publique. Ce serait logique ; l'hôpital communal de jadis, en devenant, du fait de la loi de 1893, l'établissement hospitalier d'un ou de plusieurs cantons, a considérablement augmenté d'importance et la conception que l'on se faisait de ces petits hospices s'est complètement modifiée.

Ils ne sont plus considérés uniquement comme le refuge de l'indigence malade ou infirme, et partout la salle d'opérations construite pour les pauvres sert également pour le malade fortuné ; partout, auprès des salles communes où se donnent les soins gratuits, les administrations hospitalières construisent des pavillons où le malade payant peut se faire soigner à sa guise.

C'est, à notre avis, le rôle de l'hôpital cantonal moderne (nous n'envisageons que le service rural ; dans les villes,la conception de l'hôpital est tout autre) ; nous pensons que c'est à lui également que doit incomber le service de la désinfection dans la circonscription hospitalière créée par la loi de 1893 ; nous pensons aussi que, pour la simplicité des choses, cette circonscription hospitalière devrait correspondre à la circonscription sanitaire établie par celle de 1902.

Pratiquement, l'établissement du nouveau service par les soins des hôpitaux nécessiterait, entre le département et les commissions administratives, une entente analogue à celle qui résulte de la loi sur l'assistance médicale dans les campagnes. Cette entente pourrait être établie sur les bases suivantes.

Organisation du poste de désinfection.

CHARGES. — *Pour le département : aménagement des installations déjà existantes ou en voie de création* pour les adapter aux nouveaux services. Dans ces charges, sont compris les achats d'appareils.

Pour les établissements hospitaliers : participation à la création des nouveaux services de désinfection. Cette participation trouverait sa justification dans ce fait que, pour les services de désinfections hospitaliers, l'établissement peut solliciter un secours du pari mutuel. La part du département se trouverait ainsi allégée.

Fonctionnement du poste de désinfection.

Toutes les opérations de désinfection, l'entretien du matériel (sauf pour les grosses réparations et le renouvellement des appareils), la nourriture et le logement du chef de poste agréé par le préfet, l'entretien des animaux seraient à la charge de l'hôpital.

Le traitement du chef de poste et de ses aides serait à la charge du département, ainsi que l'achat des appareils nouveaux.

Le service serait sous la direction du délégué de la Commission sanitaire nommé par le Préfet.

Tarif.

Le remboursement pourrait être fait à l'hôpital *par désinfection effectuée :*

Soit en comptant les dépenses pour chaque désinfection.

Soit en adoptant un tarif moyen pour toutes les désinfections.

Dans l'établissement de ce tarif, il devra être tenu compte non seulement des dépenses faites, mais aussi de l'indemnité de transport dans les communes éloignées.

Si cette entente se fait, la situation sera la suivante pour le département de l'Orne.

A. — *Postes de désinfection hospitaliers à aménager pour un service public. Type urbain.*

a). Postes possédant déjà une étuve : Alençon, Domfront, Argentan, Mortagne, Flers, La Ferté-Macé.

b). Postes ayant un devis affecté au service de désinfection, mais non encore créé : Laigle, Sées.

B. — *Postes de désinfection à créer.*

c). Postes possédant un hôpital : Gacé, Bellême, Carrouges (en construction).

d). Postes n'ayant pas d'établissement hospitalier : Bagnoles-les-Bains.

C'est en réalité quatre postes seulement à créer de toutes pièces. Nous verrons plus loin quel type de poste leur convient.

Il faut prévoir aussi le cas où, pour une raison ou pour une autre, les commissions administratives n'accepteraient pas de se charger de la désinfection publique.

Ce refus aurait pour conséquence d'obliger le département à créer de toutes pièces des postes de désinfection.

Dans ce cas, *le type mixte n° 2* devrait être adopté, puisqu'il n'y aurait plus à envisager la désinfection hospitalière.

Postes ruraux

Dans les circonscriptions étendues, il y aurait avantage à ce que quelques postes ruraux soient établis. Ils pourraient l'être par les soins des municipalités qui se chargeraient de leur fonctionnement.

Le département pourrait favoriser ces créations en fournissant les appareils.

Le service public conserverait naturellement le contrôle de ces postes secondaires.

C. — Application spéciale à chaque poste de désinfection.

Alençon. —La circonscription sanitaire d'Alençon (moins Carrouges) a une population de 35.343 habitants, composée de 16.862 pour le groupe urbain et de 18.581 pour le groupe rural.

L'organisation du poste de désinfection doit répondre au type de désinfection urbaine et de désinfection rurale.

L'hôpital possède *une étuve Geneste et Herscher* ;

Un pulvérisateur à liquides désinfectants.

Cette installation doit être complétée par l'achat de :

Désinfectants liquides et des accessoires ;

Un appareil pour la désinfection au formol en surface ;

L'adaptation à l'étuve actuelle du formolateur spécial, adaptation dont le prix est de 2.800 fr., ou l'achat d'une chambre étuve au formol.

Domfront. — Population de la circonscription sanitaire, 26.132 h. — Groupe urbain, Domfront, 5.000 h.

Le service de désinfection hospitalier comprend :

Une étuve locomobile Geneste et Herscher, à vapeur sous pression, abritée sous un hangar ;

Deux voitures à bras de couleurs différentes ;

Un pulvérisateur.

Le cheval qui doit conduire l'étuve appartient à l'hôpital.

Ce poste, qui doit être du type urbain, devra être complété par :

Désinfectants liquides et accessoires ;

Installation de l'étuve sur deux pièces séparées :

Appareil de désinfection des locaux par l'aldéhyde formique gazeuse ;

Adaptation de l'appareil formogène sur l'étuve, pour la désinfection en profondeur, ou achat d'une étuve démontable.

Argentan. — Population de la circonscription sanitaire, 42.515 h. — Groupe urbain, 6.387 h.

L'hôpital possède :

Etuve fixe par action de la vapeur directe, sous pression, système Dehaitre, type FD. 3.

Pour compléter ce poste, il faut :

Désinfectants liquides et accessoires ;

Appareil pour la désinfection en surface par le formol ;

Adaptation à l'étuve existante de l'appareil Dehaitre pour la désinfection en profondeur, ou étuve démontable ;

Voitures spéciales.

Mortagne. — Population de la circonscription sanitaire, 20.321 h. — Groupe urbain, 3.800 h.

Le service actuel se compose d'un pavillon *avec étuve fixe Vaillard et Besson, à vapeur circulaire sous pression.* — Grand modèle.

Pour la désinfection à domicile, *un pulvérisateur Geneste-Herscher et la solution de sublimé au 1 millième.*

Voiture spéciale (pouvant être désinfectée) pour transporter les objets à l'étuve.

Ce poste-type urbain doit être complété par les *désinfectants liquides et accessoires* ;

Par l'adaptation à l'étuve *de l'appareil formogène Lequeux* ;

Par un *appareil de désinfection en surface au moyen du formol.*

Flers. — Population de la circonscription sanitaire : 56.075 ; groupes urbains : Flers : 13.704 habitants Tinchebray : 3.952 habitants.

Appareils existants : *Etuve à vapeur sous pression Geneste-Herscher* installée dans un pavillon séparé.

Pulvérisateur pour la désinfection à domicile.

L'installation de ce poste de désinfection type n° 1 doit comprendre les aménagements suivants :

Désinfectants liquides et accessoires, appareil au formol pour la désinfection en surface, une chambre formogène pour la désinfection en profondeur ou l'adaptation à l'étuve existante d'un appareil formogène, véhicules.

La Ferté-Macé. — Population : 21.310 ; groupe urbain : 6.428.

L'hôpital de la Ferté-Macé possède :

Une étuve fixée ;

Une voiture ;

Un pulvérisateur.

Ce poste doit être complété par :

Désinfectants liquides et accessoires ;

Appareils au formol pour la désinfection en surface et en profondeur.

Laigle. — Population de la circonscription sanitaire : 22.159 ; groupe urbain : 5.242.

Le devis est approuvé, mais le choix des appareils n'est pas fait.

Le groupe urbain étant de 5.242 habitants avec hôpital, le choix devrait porter sur une étuve à vapeur mixte, plus les autres appareils compris dans le type 1.

Sées. — Population de la circonscription sanitaire 13.713. Groupe urbain. 3.982. Hôpital.

Le devis approuvé comporte une étuve Vaillard et Besson, il y aurait lieu de choisir le type F. A., type mixte ;

L'appareil à désinfection en surface au formol.

Des désinfectants liquides, accessoires et voitures compléteront le matériel de ce poste.

Postes à créer.

Gacé. — Population de la circonscription sanitaire, 30.763. Groupes urbains : Gacé, 1.651. Vimoutiers, 3.303. Chacune de ces localités a un petit établissement hospitalier. Le premier est un établissement privé. Si une étuve à vapeur devait être installée, l'importance de Vimoutiers demanderait qu'elle fût placée dans l'hôpital de cette ville, mais sa situation à l'extrémité de la circonscription sanitaire rendrait difficile l'usage de cet appareil.

Bellême. — Circonscription sanitaire, 30.672 h.
Groupe urbain, 2.338 h.

Le poste à créer dans cette circonscription est le type n° 2, avec *étuve démontable au formol.*

La proximité de Mortagne, possédant une étuve à vapeur, permet de ne pas adapter ce genre d'étuve à l'hôpital de Bellême.

Carrouges. — Circonscription sanitaire, 9.114. Circonscription éminemment rurale.

Le type de poste de désinfection n° 2 avec *étuve démontable au formol* est tout indiqué.

Bagnoles. — Poste de désinfection n° 2.

CONCLUSIONS.

On peut envisager l'organisation du service départemental de désinfection de la manière suivante :

I

Il existe un poste de désinfection par circonscription sanitaire.

Ce poste est installé à l'hôpital du chef-lieu de la circonscription sanitaire.

II

Cet établissement est chargé d'effectuer toutes les opérations de la désinfection après la maladie.

La désinfection pendant la maladie est effectuée par les soins et sous la direction du médecin traitant, rémunéré ou non.

III

Le service, conformément à l'article 6 du décret du 10 juillet, est placé :

Sous l'autorité du préfet ;

Sous le contrôle d'un membre du Conseil d'hygiène nommé par le préfet ;

Le poste de désinfection est dirigé par un membre de la Commission sanitaire, nommé par le Préfet.

Les commissions administratives peuvent lui adjoindre un des membres de la commission.

IV

Cette conception du service départemental nécessiterait pour le rendre conforme au décret du 10 juillet 1906 :

Le remaniement de quelques circonscriptions sanitaires.

La création d'une circonscription à Carrouges.

La création d'un poste de désinfection à Bagnoles.

V

Les dépenses d'organisation seraient à la charge du département. Elles consisteraient en :

Aménagements de huit postes de désinfection fonctionnant actuellement.

Création de quatre postes (type II).

Pour la création de trois de ces postes, les établissements hospitaliers pourraient y participer en sollicitant une subvention sur les fonds du pari mutuel.

Le quatrième, Bagnoles, devrait être créé de toutes pièces. Mais l'agglomération et l'établissement thermal, qui y ont un intérêt majeur, pourraient aider à cette création.

Les dépenses du fonctionnement seraient supportées par le département et par les établissements hospitaliers.

Sées, le 22 mars 1907.

Dr J. Hommey,
Secrétaire du Conseil départemental d'hygiène.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

« Erreurs et préjugés » autrefois ; vérités aujourd'hui.

On pourrait encore intituler cet article : *Variations* et *évolution des idées médicales.* C'est, en effet, une curieuse revue des diverses manifestations de l'évolution des idées en pathogénie, en thérapeutique et en prophylaxie que nous demandons à nos lecteurs la permision de leur soumettre aujourd'hui.

« Erreur » hier, et « vérité » aujourd'hui. Les termes ne sont pas trop forts ; surtout si l'on ajoute, comme on doit toujours le faire dans toute science non mathématique, erreur RELATIVE et vérité RELATIVE. Gardons-nous toujours de l'ABSOLU, surtout en médecine.

Il est extrêmement intéressant de lire les cliniques d'il y a seulement vingt ans et de les comparer à celles d'aujourd'hui.

* * *

Prenons un premier exemple : il y a quelques années, tout médecin blâmait les nourrices qui additionnaient le lait du biberon de décoction d'orge ou d'une céréale quelconque. Rien n'était plus malsain, disait-on, que d'additionner le lait de ces bouillons de cultures, favorisant les fermentations et les altérations du lait. C'était une pratique de bonne femme, tout au plus digne d'un hameau du fond de la Bretagne, qui contribuait à développer l'athrepsie et à entretenir la diarrhée.

Aujourd'hui, MM. Springer, Méry, Marfan et la majorité des pédiatres préconisent les bouillons de céréales, c'est-à-dire les décoctions concentrées de blé, d'avoine, d'orge, de son, de sarrazin, de maïs, de lentilles, comme bouillons très efficaces pour combattre le mauvais fonctionnement du tube digestif des enfants, même des nouveau-nés.

Evidemment, les auteurs recommandent de préparer ces bouillons au fur et à mesure des besoins et non d'avance, de peur que des fermentations ne se développent, car leur principal inconvénient est d'être très fermentescibles.

Mais le *veto* est levé : au lieu d'être relégué au rang des aliments malsains et des poisons, le bouillon de légumes et le bouillon de céréales sont maintenant à la mode ; on en donne à tous, on en prend partout. Il y a évidemment exagération ; mais il nous semble qu'on fait bien de rétablir un peu l'ancien bon renom des décoctions nutritives. C'est à tort qu'à certaines époques, on croyait, dans le corps médical, devoir proscrire impitoyablement ces soi-disant « immondes coupages » du biberon des nourrissons.

*
* *

Autre changement bien caractéristique dans les pratiques médico-chirurgicales : l'abstention de toute injection vagino-utérine dans les accouchements normaux. Il y a seulement quinze ans, les accoucheurs recommandaient de bien irriguer la cavité vaginale après l'accouchement pour en chasser les caillots sanguins et désinfecter les lochies. L'Académie avait même donné la formule des paquets de sublimé que les sages-femmes pouvaient employer dans leurs injections. Aujourd'hui, revirement total : « ne faites aucune injection, si vous n'avez pas introduit d'instrument dans l'utérus, ou si vous n'avez pratiqué aucune manœuvre intra-utérine », disent les accoucheurs.

Et, de fait, l'abondance d'injections après les couches a amené bien des métrites et bien des régressions défectueuses avec déplacements utérins antérieurs, postérieurs ou latéraux. Après l'accouchement, le liquide, injecté dans la cavité utérine, a le premier inconvénient de pénétrer dans les trompes et de provoquer des coliques violentes ; de plus, ces grandes irrigations entretiennent dans la cavité utérine un état d'imbibition permanent qui favorise les cultures microbiennes et risque de donner naissance à des infections secondaires chroniques. Donc, plus on désire la rapide *restitutio ad integrum* », plus il faut proscrire les injections.

*
* *

Les métastases ont été niées pendant de longues années par les médecins et beaucoup d'entre nous se souviennent des railleries et des exclamations indignées avec lesquelles plusieurs de nos maîtres accueillaient autrefois les protestations des mères, lorsqu'on prescrivait la suppression immédiate d'un vésicatoire permanent, d'un séton, ou d'une éruption séborrhéique généralisée : « Mais, Monsieur, cela va retomber sur les yeux de mon enfant. » Ou bien : « Cela va lui remonter au cerveau ou lui retomber sur la poitrine . »

Aujourd'hui, au contraire, on commence à s'apercevoir de la vérité de ces prétendus dictons populaires. Les exemples abondent des cas où le traitement radical d'un eczéma généralisé ou même simplement d'une séborrhée du cuir chevelu a déterminé une méningite suraiguë. Dans certains cas, une arthrectomie ou une résection d'articulation atteinte de tuberculose provoque une phtisie galopante. Qui n'a observé de nombreux exemples d'hémoptysies ou d'épistaxis consécutives à l'arrêt subit d'un flux hémorrhoïdaire ? On rencontre fréquemment des malades qui, à la suite d'une cure heureuse de l'eczéma dont ils sont atteints se voient tout à coup pris d'une bronchite intense ou d'une série de crises d'asthme qui ne cessent que si l'eczéma veut bien reparaître. Tous ces faits sont connus, étudiés, constatés, sans que l'on puisse en donner une explication franchement scientifique ; toutefois, on ne raille plus, on accepte et on devient plus circonspect dans ses interventions. La manifestation externe doit, dans beaucoup de circonstances, être respectée, sinon entretenue, et c'est à l'état général, à l'arthritisme, à la tuberculose, etc., que doit s'adresser la thérapeutique active.

*
* *

La méthode de traitement des entérites et entéro-colites par l'entéroclyse et les douches ascendantes rectales a joui d'une vogue extrême, pendant ces dix dernières années. Chaque fois que l'on avait observé ou seulement cru remarquer des glaires, des mucosités, des filaments visqueux dans les fèces, on s'armait d'une sonde molle rectale et on abreuvait le rectum, les côlons et le reste, de grands lavages d'1 à 2 litres (quelquefois même plus) d'eau bouillie, d'eau boratée ou boriquée, d'eau oxygénée très étendue, de solution de sulfate de soude, de permanganate de potasse, etc. C'est ce que l'on nomme l'entéroclyse. Depuis l'invention de cette méthode, il y a eu des abus extraordinaires, de véritables inondations intestinales. Encore aujourd'hui, on rencontre un grand nombre de malades qui usent des entéroclyses d'1 litre ou 2 litres. Les résultats sont déplorables : le gros intestin est distendu, tympanisé, atone, incapable de se débarrasser seul de son contenu, irrémédiablement constipé. La muqueuse est toujours en desquamation, car l'épithélium, fréquemment imbibé et balayé par les lavages, ne peut jamais terminer sa réparation, d'où la persistance désespérante des glaires et des membranes, accompagnées même souvent de sang.

Les stations hydrominérales de Plombières, de Châtel-Guyon, etc., ont installé, sur une large échelle, des lits et appareils à entéroclyse, pour irriguer les intestins de leur nombreuse clientèle. Pendant quelques années, on se soumit avec ardeur et enthousiasme à ces imprégnations excentriques d'eau minérale. Les résultats n'ayant pas répondu à l'attente générale, on finit par y renoncer sans bruit et sans secousse, et l'on fit sagement, croyons-nous. Actuellement, la sonde molle est allée rejoindre les ustensiles surannés au musée des antiques ; l'entéroclyse est presqu'unanimement abandonnée. La pratique médicale des villes s'en est naturellement ressentie : on ne lave plus avec excès les intestins atteints d'entérite et l'on est revenu aux lavements normaux de nos pères, 500 c.c. au maximum. Malheureusement, l'habitude prise par les malades et par les gens du monde est encore tenace, et l'on n'arrivera pas à la déraciner avant quelques années ; c'est très fâcheux, car, grâce à ces excès, on verra encore longtemps des accidents entériques et entéro-coliques dus à la surdistention, ainsi que des ptoses viscéro-abdominales plus ou moins irrémédiables.

A notre époque, c'est par l'institution de régimes alimentaires très étudiés et par l'absorption de képhirs, d'acide lactique, de bouillon de

cultures lactiques et paralactiques en symbiose, que l'on combat les entérites et les entéro-colites.

*
* *

Le chlorure de sodium est un aliment et un médicament d'importance capitale. Pendant de longues années, on a vanté ses bienfaits sans restriction. On a donné le sel en bains, en frictions, en compresses, en boisson, en injections, en transfusions, etc. Les injections hypodermiques ou intra-veineuses de solutions salines à 3, 5, 7 p. 1000, les injections de sérum marin stérilisé, ont fait fureur pendant de nombreuses années ; on en usait, on en abusait même avec frénésie contre tous les états morbides, convalescences, anémies, phtisies, cancers, hémorrhagies, anorexie, etc. Puis, vinrent les travaux de Widal et d'Achard, qui contribuèrent à inspirer une salutaire terreur pour le chlorure de sodium. Avant de laisser absorber du chlorure de sodium, et surtout, avant d'en injecter sous la peau, il faut s'enquérir de la perméabilité rénale et de la qualité de l'urine. Certes, le sel est très utile à l'anémique, au scrofuleux, au tuberculeux, au cachectique, mais à la condition qu'il n'ait pas d'albumine. L'albuminurie contre-indique formellement l'usage du sel marin, car le sel favorise la production des œdèmes. Sa suppression seule suffit pour amener la disparition de tout gonflement. Il faut se garder de généraliser et d'étendre cette interdiction à toute autre maladie, car ce serait pour le plus grand détriment de la bonne nutrition. Le public a malheureusement trop de tendance à généraliser et l'on voit, actuellement, dans de nombreux milieux, des gens qui, sous prétexte de snobisme, suppriment le sel de leur alimentation. C'est aussi ridicule et aussi illogique que la suppression totale du vin dans la boisson journalière ; il est de notre devoir de lutter contre ces abus et ces exagérations.

Conclusions. — Prolongerons-nous encore cette révision ? Cela nous paraît inutile. Mais, il est facile de tirer des conclusions qui s'imposent. S'il est si fréquent de constater que les vérités médicales varient d'une époque à l'autre, il est nécessaire d'envisager les interprétations et les prescriptions médicales avec un esprit fort large. L'intransigeance et le radicalisme sont interdits quand on ne peut pas appuyer son opinion sur des faits mathématiquement démontrés. Comment entend-on si souvent des maîtres et même des praticiens lancer l'anathème contre des confrères qui ne partagent pas les mêmes idées qu'eux, et qui appliquent des méthodes thérapeutiques diamétralement opposées aux leurs ?

Certes, nous voulons bien qu'il y ait quelques esprits paradoxaux trop enclins à chercher toujours la contradiction et le contre-pied des pratiques usuelles, mais allez-donc les stigmatiser et encourager le peu bienveillant public à les condamner, quand vous voyez des divergences aussi énormes que celles dont nous venons de passer la revue se produire dans la science médiale à quelques années d'intervalle. Trêve donc de critiques acerbes et d'attaques violentes ! Toute méthode peut être bonne et respectable, pourvu qu'elle soit appliquée par un esprit consciencieux et suffisamment instruit. Que l'on loue ceux qui ont des succès et que l'on plaigne ceux qui ont des échecs, mais qu'on ne soit pas si enclin à accuser son confrère d'une faute grave parce qu'il n'a pas la même opinion que soi et parce que, dans le cas incriminé, il n'a pas eu de chance.

Dr Paul Huguenin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La décortication du poumon (opération de Delorme) dans le traitement des pleurésies purulentes chroniques.

Dans les pleurésies purulentes chroniques, les deux parois de la cavité pleurale — le thorax rigide d'une part, et le poumon immobilisé par d'épaisses fausses membranes d'autre part — ne peuvent pas s'accoler. Pour arriver à fermer la cavité et à tarir le foyer suppurant, il faut, ou que la paroi thoracique aille vers le poumon, ou que le poumon aille vers le thorax, d'où deux groupes d'interventions curatives ; celles qui ont pour but d'assouplir la paroi thoracique : ce sont les résections costales, dont le type est l'opération de Lestiévant-Estlander ; celles qui ont pour but de libérer le poumon, de lui permettre d'arriver jusqu'au thorax : c'est l'opération dite de *décortication du poumon*, décrite par M. Delorme en 1894.

Les observations de décortication du poumon sont déjà, actuellement, assez nombreuses. M. Delorme a fait à l'Académie la présentation d'un nouveau cas de décortication pulmonaire, dû à M. Picqué, et suivi de succès.

L'opération consiste à délimiter un volet thoracique assez large, à inciser la coque pseudo-membraneuse qui emprisonne le poumon, à décoller et à réséquer cette coque : on voit alors le poumon, s'il est dilatable, venir brusquement au contact de la paroi thoracique.

Voici comment M. Delorme comprend le traitement de la pleurésie purulente :

Faire d'abord une pleurotomie avec résection de la sixième côte et drainer.

Développer, ensuite, par une gymnastique respiratoire d'entraînement, l'expansion pulmonaire. Commencer ces exercices dès le 2e ou le 3e jour après l'opération. A ce moment le malade est alimenté, bien que fébricitant ; il est soutenu par des excitants ; il est lavé sur tout le corps à l'eau tiède, puis froide, frictionné et *levé.*

Il fait ses premiers pas soutenu par le chirurgien, qui lui donne confiance, lui parle, le distrait pendant sa marche pour éviter la syncope, et s'arrête à temps s'il la redoute. Dans la journée, à plusieurs reprises, le nez et la bouche étant fermés, le patient exécute dans son lit, des exercices de gymnastique respiratoire et des expirations prolongées.

Au bout d'une ou deux semaines, on fait succéder au pas ordinaire le pas accéléré, puis la course dont les premiers élans comportent une appréhension que le médecin calme en soutenant le malade.

Une telle gymnastique diminue notablement

le nombre des opérés d'empyème qui auront besoin d'une opération complémentaire.

Quand ces opérations complémentaires deviennent-elles nécessaires ? Autrefois, dit M. Delorme, on s'arrêtait vaguement à une notion arbitraire de temps. Aujourd'hui on peut être plus précis.Si les épreuves de la marche, de la course, montrent l'impossibilité, pour le poumon, de se dilater, si l'examen avec la sonde, les examens radioscopiques et radiographiques indiquent que, malgré la gymnastique respiratoire poursuivie pendant trois à 4 mois, la cavité pleurale reste sans changement, le poumon ne se mobilisant pas, il faut intervenir.

Quant au choix de l'intervention — opération d'Estlander, opération de Delorme, opération de Schède — il dépend surtout de la profondeur de la cavité. M. Delorme estime inutile de pratiquer l'opération d'Estlander si la cavité a plus de 6 à 8 centim. transversalement ; elle serait vouée à l'impuissance. On doit faire alors la décortication du poumon. Au cas où le poumon serait inextensible et la coque pseudo-membraneuse non décollable, reste en dernière ressource l'opération de Schède, c'est-à-dire l'effondrement de la paroi thoracique par une très large résection costale.

Les lipomes d'origine tuberculeuse.

MM. Poncet et Leriche communiquent un travail tendant à démontrer que la tuberculose joue un rôle important dans l'étiologie des lipomes. Après avoir passé en revue les différentes théories mises en avant pour expliquer la genèse des lipomes (théories thyroïdienne, dyscrasique, nerveuse, ganglionnaire), ils inclinent à faire des lipomes des néoplasies d'ordre inflammatoire, souvent fonction de cette tuberculose inflammatoire dont la conception est due à M. Poncet.

« La tuberculose, remarquent MM. Poncet et Leriche, n'est plus aujourd'hui considérée comme la maladie toujours et fatalement cachectisante que l'on avait cru. L'attention a été fixée sur la tuberculose floride et le tuberculeux gras n'est plus un paradoxe. P. Carnot pouvait même écrire dernièrement que, parmi les obésités infectieuses, on devait faire une large place à l'une des plus fréquentes, l'*obésité tuberculeuse* ».

Traitement de la dysentérie bacillaire par la sérothérapie.

En février 1906, MM. Vaillard et Dopter ont fait connaître les propriétés préventives et curatives d'un sérum qu'ils ont obtenu en immunisant des chevaux contre le bacille dysentérique. Les mêmes auteurs viennent de communiquer à l'Académie les résultats donnés par ce traitement sérothérapique dans 243 cas de dysentérie. Il s'agit de la dysentérie *bacillaire*, celle que nous observons en France,et non de la dysentérie amibienne des pays chauds. Les résultats ont été des plus satisfaisants et le praticien trouvera dans le sérum de Vaillard et Dopter une arme très utile.

« Le sérum anti-dysentérique compte parmi les sérums les plus fidèles au point de vue curatif. Il représente un moyen spécifique de traitement de la dysentérie bacillaire. Il enraye à la fois l'infection et l'intoxication, produit la sédation presque immédiate de tous les troubles intestinaux et assure une guérison rapide. Ses effets sont d'autant plus prompts et décisifs qu'il intervient plus près du début de la maladie. Même dans les dysentéries traitées tardivement, il est encore très efficace : il soulage toujours le patient ».

Le sérum anti-dysentérique de Vaillard-Dopter s'emploie en injections hypo-dermiques, aussitôt que possible après le début de la maladie, à la dose de 20 ou 30 centimètres cubes dans les cas moyens, de 40, 60, 80 centim. cubes dans les cas graves. On peut réitérer cette dose le lendemain si besoin est. Si les troubles intestinaux ne sont pas suffisamment apaisés, continuer le sérum à doses décroissantes jusqu'à ce que le nombre des selles se réduise à quelques unités.

P. L.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Le diagnostic de la grossesse au début

Clinique d'accouchements Tarnier,

M. le prof. agrégé Lepage.

J'ai l'intention de vous résumer, aujourd'hui, ce que, dans nos entretiens journaliers, je vous ai dit déjà du diagnostic de la grossesse. C'est là une question importante ; bien souvent, en effet, dans notre clientèle, vous serez sollicités, pressés même de faire ce diagnostic.

Le diagnostic de la grossesse est jeu d'enfant quand les signes de certitude sont apparus. Mais, en pratique, vous serez surtout consultés par des femmes enceintes de 6 semaines à 3 mois. Elles se présenteront à vous dans des circonstances multiples. Ce sera, par exemple, une jeune femme qui, se livrant aux sports, à l'équitation, à la bicyclette, viendra vous demander si elle peut continuer à le faire. Ce sera une nourrice qui s'inquiétera si elle est ou non enceinte. Puis, dans un tout autre ordre d'idées, ce pourra être une personne, une femme mariée, une jeune fille, anxieuse d'être fixée sur une grossesse possible,pour des raisons que vous devinez. En pareil cas, vous n'avez guère le droit de ne pas donner le résultat de votre examen. Quelquefois, votre diagnostic hâtif sauvera une situation sociale, sans cela compromise. Il vous arrivera d'être consulté par une jeune fille qu'un retard de règles met sur la voie de son état : si vous reconnaissez la grossesse à son début, vous donnerez à M. le maire et à M. le curé le temps de passer par là et de régulariser... l'irrégularité ! La question est parfois extrêmement délicate. Soyez prudents,et cependant dites ce que vous pensez. C'est dans de tels cas que vous ferez des accouchements « prématurés » ; c'est dans de tels cas que la couveuse fera merveille, puisqu'on y mettra des enfants bien à terme, mais qui — pour le monde — auront seulement 7 mois 1/2, 8 mois ! Je n'insiste pas sur ces considérations : j'ai voulu vous montrer simplement combien est important le diagnostic précoce de la grossesse.

Entendons-nous bien. Le médecin ne saurait affirmer la grossesse — en médecine légale, par exemple — qu'autant qu'il a constaté des signes de certitude. Néanmoins, ce qu'il faut savoir reconnaître et ce qu'on vient vous demander d'établir, dans les deux, trois, ou quatre premiers

mois, c'est si, oui ou non, il y a très grande probabilité de grossesse.

Comment arriverez-vous à cette quasi-certitude clinique ?

Vous connaissez les signes de la grossesse ; je ne veux pas vous les énumérer. Je désire uniquement insister sur ceux dont l'importance est prépondérante.

Voyons, en premier lieu, les signes fournis par l'interrogatoire. Recherchez-les, sans leur accorder toutefois une valeur trop considérable. Recherchez avant tout, et avec soin, l'état de la menstruation. Toujours, lorsque la femme est enceinte, les règles sont supprimées. Y a-t-il, pendant la gestation, apparition d'un écoulement sanguin par les organes génitaux, cet écoulement diffère des règles, soit par la qualité, soit par la quantité, soit par la durée. C'est pour avoir trop souvent oublié l'importance de la cessation des règles que des erreurs de diagnostic ont été faites, qu'on a été conduit même à des interventions chirurgicales sur des utérus gravides.

La question des règles dans la grossesse a été discutée. Il est des gens qui recherchent toujours l'exception. Ils sont venus dire : « On a vu des femmes enceintes chez lesquelles la menstruation a persisté et continué d'une façon régulière ». Je me souviens, il y a une vingtaine d'années, j'étais interne de M. Pinard, à Lariboisière. M. Pinard s'étant fait le défenseur de cette notion : « pas de règles pendant la grossesse », deux ou trois médecins de l'hôpital s'ingéniaient à rechercher des femmes enceintes ayant leur règles. M. Pinard allait les voir dans les services, où on le conviait et voici ce qu'il constatait : ou bien la femme n'était pas enceinte, ou bien il s'agissait d'écoulements sanguins n'ayant pas les caractères des règles. Sur 8 ou 10 cas de ce genre, aucun n'a résisté à l'examen.

Connaît-on, dans la littérature obstétricale, des observations probantes de femmes, dont la menstruation a persisté pendant la gestation ? Si vous ouvrez les classiques, vous y voyez signalés divers auteurs qui ont parlé de femmes ayant eu leurs règles durant la grossesse, et même des femmes qui n'étaient réglées que pendant leurs grossesses. Eh bien ! relisez ces observations sur l'original. Ce sont de simples déclarations de la femme, des racontars où rien n'a été rigoureusement vu, où rien n'a présenté le contrôle d'une étude précise et convaincante.

Assurément, tout est possible. Mais, encore une fois, en pratique, il ne faut pas faire une part sérieuse à la rarissime exception. Dans la réalité, la persistance des règles sera, pour vous, une présomption considérable en faveur de la vacuité de l'utérus.

Voilà donc ce que vous devez surtout rechercher dans l'interrogatoire. Interrogez la femme, avec grand soin, au point de vue de la menstruation. Si vous trouvez un écoulement sanguin, précisez ses caractères.

Ainsi guidé par cet indice important, la cessation des règles, comment allez-vous établir votre diagnostic ? Par une méthode simple, facile, le toucher combiné au palper. Introduisez dans la cavité vaginale un ou deux doigts, l'index et le médius, et dirigez-les sur le col. Ne vous attardez pas à rechercher si celui-ci est mou ou non. Si vous êtes versés dans ce genre d'examens, le ramollissement du col est un signe qui ne saurait vous intéresser. Si vous n'êtes pas versés dans ces explorations, je vous mets au défi de savoir si le col est ou n'est pas ramolli. Ayant les deux doigts dans le cul-de-sac postérieur, l'autre main sur la région hypogastrique, vous allez tâcher d'abaisser l'utérus (le rectum a été vidé préalablement, il va sans dire), de façon à apprécier son volume. Vous chercherez à reconnaître si l'utérus est augmenté dans ses dimensions transversale et antéro-postérieure. Avec quelque habitude, vous y parviendrez, dans la majorité des cas. Eprouvez-vous de la difficulté à introduire deux doigts dans le vagin — il en est ainsi chez certaines primipares — contentez-vous d'un seul doigt ; vous pourrez encore, malgré cela, vous rendre compte si l'utérus est gros.

Plus tard, lorsque la grossesse est plus avancée, vous avez un élément nouveau, la contraction utérine. L'utérus se contracte souvent très bien à deux mois et demi et, si vous avez la chance de sentir une contraction, vous pourrez affirmer que cet utérus présente le volume d'un utérus gravide.

La méthode du toucher combiné avec le palper n'est pas une méthode nouvelle ; vous la trouverez décrite dans les livres des accoucheurs du XVIII[e] siècle. Elle vous permettra de faire le diagnostic de la grossesse dès les premières semaines. Voici, par exemple, une jeune femme dont les dernières règles ont eu lieu le 25 mars. Elle attendait ses nouvelles règles le 25 avril et elle vient vous consulter le 10 mai avec un retard de 15 jours. Déjà sont apparus divers malaises et divers troubles du début de la grossesse. Vous faites le toucher combiné au palper : vous trouvez un utérus lourd, développé transversalement et d'un volume triple de celui que doit avoir l'utérus d'une jeune femme de cet âge. Cette appréciation nécessite des connaissances de gynécologie. Il faut savoir définir la grosseur d'un utérus vide à un âge donné. Vous me direz que toutes les femmes du même âge n'ont pas un utérus de mêmes dimensions. Certes, mais on peut tabler sur un volume moyen et quand ce volume moyen est triplé, je suppose, vous êtes autorisés à dire : il est probable, à peu près certain même, que cet utérus est gravide. Vous devez formuler un tel diagnostic avec des réserves, cela va de soi.

Il est, dans ce diagnostic de la grossesse au début, des difficultés, voire des impossibilités. Vous rencontrerez des femmes atteintes de vaginisme, chez lesquelles l'introduction du doigt est très difficile. Ces femmes sont devenues enceintes néanmoins, parfois à la suite d'un rapport unique et incomplet. Chez ces femmes, dont le vagin est intolérant, vous pourrez, dans certains cas, à la fin du 2[e] mois, voir le globe utérin se dessiner au niveau de la région sus-pubienne. Vous affirmerez alors la grossesse, avec les réserves d'usage.

Il y a des diagnostics plus embarrassants encore.

Une paroi abdominale épaisse et chargée de graisse gêne énormément le palper. Quelquefois, cependant, on a besoin d'être fixé, lorsqu'une intervention chirurgicale est en suspens, par exemple. Toutes les fois où, dans les premiers mois, il y aura intérêt sérieux à savoir si la femme est enceinte ou ne l'est pas, n'hésitez pas à recourir à l'anesthésie chloroformique, après avoir épuisé les ressources de l'examen simple.

La cessation du développement de l'œuf peut



DIGALÈNE

MÊMES EFFETS THÉRAPEUTIQUES
QU'AVEC LA MACÉRATION
de **Feuilles fraîches de Digitale**

ACTION PLUS RAPIDE
TOLÉRANCE PARFAITE
PAS D'ACCUMULATION

S'emploie par la bouche, le rectum
en injections hypodermiques intra-veineuses

INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES INDOLORES

Flacons de 15cc — Ampoules de 1cc

Échantillons et Littérature : **F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie**, *7, rue St-Claude, Paris*

POUDRE DE VIANDE DE ROUSSEAU

VIANDE PURE, STÉRILISÉE, INALTÉRABLE

Sans mauvaise odeur — Sans mauvais goût — Se prend très facilement

Boîte de 250 gr., 4 fr ; 1/2 Boîte de 125 gr., 2 fr. 50 — Se vend dans toutes les Pharmacies — Gros : **E. Trouette**, *15, rue des Immeubles-Industriels, Paris*



EXTRAIT DE MALT TOURTAN

Fabriqué à la **Brasserie Tourtel**, de Tantonville
par M. GRENET, *ancien Préparateur de* **PASTEUR**

PRIX : 1f25 LA BOUTEILLE

L'**Extrait de Malt Tourtan** est le seul produit de ce genre présentant les avantages suivants :

1° *Très peu alcoolique, très agréable*, il est indiqué dans les ***Affections*** de l'***Estomac*** et de l'***Intestin***.

2° Son pouvoir galactogène le rend très précieux pour les ***nourrices***.

3° Par les toniques spéciaux qu'il renferme il est un puissant adjuvant contre la ***Neurasthénie*** et les ***Convalescences pénibles***.

On le prend pur à la dose d'un 1/2 verre, un quart d'heure avant les repas et aux repas coupé avec de l'eau ou de la bière légère.

Dépôt Gal : **BOUTY & Cie**
1, Rue de Châteaudun
PARIS

SAVONS ANTISEPTIQUES VIGIER

HYGIÉNIQUES & MÉDICAMENTEUX

SAVON doux ou pur, **S.** hygiénique, **S.** surgras au Beurre de cacao, **S.** à la glycérine (*pour le visage, la poitrine, le cou,* etc.), **S.** Panama, **S.** Panama et Goudron, **S.** Naphtol soufré, **S.** Goudron et Naphtol *pour les soins de la chevelure, de la barbe, pellicules, séborrhée, alopécie, maladies cutanées.* **S.** Sublimé, **S.** Phéniqué, **S.** Boriqué, **S.** Créoline, **S.** Eucalyptus, **S.** Eucalyptol, **S.** Résorcine, **S.** Salicylé, **S.** Salol, **S.** au Solvéol, **S.** Sulfate de cuivre, **S.** Thymol (*accouchements, anthrax, rougeole, scarlatine, variole*, etc.). **S.** au Pétrole contre *la gale, parasites.*

SAVON à l'Ichthyol, **S.** Panama et Ichthyol, **S.** Sulfureux, **S.** à l'huile de Cade, **S.** Goudron, **S.** Bo , Goudron boriqué, **S.** Iodé à 5 o/o d'iode, **S.** Mercuriel à 33 o/o de mercure, **S.** au Tannoforme contre *les sueurs*, l'huile de Chaulmoogra, contre *la lèpre, le psoriasis*, **S. B.** du Pérou et pétrole, *gale, parasites.*

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

rendre le diagnostic difficile. Supposez une femme qui n'a pas eu ses règles depuis 4 mois. Vous vous attendez à trouvez un utérus gros. Le toucher et le palper combinés vous montrent un utérus un peu augmenté de volume, mais n'ayant pas la taille d'un utérus gravide de 3 mois et demi. Interrogez la femme au point de vue de la disparition des troubles de la grossesse, indice d'un arrêt du développement de l'œuf. Mais, soyez réservés, restez dans le doute et attendez, pour ne pas être conduit à des interventions inopportunes.

En réalité, d'une manière générale, le diagnostic de probabilité de la grossesse dans les premiers mois est facile ; c'est dans quelques circonstances seulement qu'il est difficile, voire impossible. Le « pont aux ânes », c'est le fibrome ; l'erreur la plus communément commise est de méconnaître la grossesse dans un utérus fibromateux. Eh bien, sauf des cas exceptionnels, si vous êtes prudents et méthodiques, vous ne commettrez pas cette erreur. Vous ne vous laisserez pas influencer par les métrorrhagies du fibrome. Vous n'oublierez pas que la grossesse entraîne la suppression des règles. De plus, la pratique du toucher combiné au palper peut donner en certains points de l'utérus, une rénitence particulière, distincte de la sensation du fibrome ramolli.

En résumé, dans la majorité des cas,vous pourrez reconnaître une grossesse, dès les premiers mois, à l'aide de l'interrogatoire (suppression des règles) et du palper combiné au toucher. Pour la question du fibrome, dans les cas indécis, il vous sera presque toujours possible d'attendre : les complications assez sérieuses pour légitimer une intervention pressante étant rares.

Deux mots pour finir. Je viens de traiter devant vous, quelques points du diagnostic de la grossesse. Le sujet en valait la peine. Comme l'a écrit, en latin, un de nos collègues, accoucheur de Montpellier : « jamais la renommée du médecin ne peut être soumise à une épreuve plus grande que dans le diagnostic de la grossesse ».

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE THERMALE

Un cas de syndrome de Maurice Raynaud très amélioré par les bains carbo-gazeux et hydro-électriques à 4 cellules.

Par le Dr A. Mougeot,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Royat,
Membre du *Concours médical.*

Le 20 août 1906, M. K..., (d'Algérie), venait me trouver de la part d'une sommité médicale parisienne, afin de suivre, parmi les agents thérapeutiques offerts par Royat, ceux que je jugerais les plus appropriés à son état.

Obèse, de visage couperosé, fréquemment sujet à des rhumes, à des décharges d'acide urique, manifestement neuro-arthritique, M. K..., âgé de 35 ans, avait été amené à consulter à Bône (Algérie), puis à Paris, parce que ses pieds et surtout ses mains présentaient depuis trois mois des troubles importants de la circulation. Par crises presque sub-intrantes, ses orteils et surtout ses doigts devenaient entièrement blancs et froids, en même temps que la sensibilité objective y devenait fort obtuse. Il s'y joignait non de véritables douleurs, mais des « fourmillements » et de l'engourdissement, le tout amenant un certain degré d'impotence fonctionnelle. L'aspect asphyxique s'arrêtait à la racine des doigts, pourtant les mains étaient constamment bleues et froides, sans troubles de sensibilité. Lors de la 1re consultation, on avait constaté dans les urines une quantité d'albumine égale à 0 gr. 35 par litre, descendue ensuite à 0 gr. 03 par litre après l'institution du régime alimentaire lacto-végétarien approprié. L'examen de tous les appareils et notamment du cœur et du système nerveux ne me décela rien d'anormal. Normale aussi était la pression artérielle mesurée avec trois sphygmomanomètres différents (Bouloumié, Verdin, Hill and Bernard). Je constate de *visu* les troubles circulatoires périphériques décrits ci-dessus.

Le diagnostic s'imposait de maladie de Maurice Raynaud, ou asphyxie locale des extrémités. Il s'agissait évidemment de spasmes vasculaires périphériques greffés sur un terrain franchement arthritique, ou uricémique. La thérapeutique, pour être logique, devait donc remplir deux indications majeures : modifier l'état général, et surtout créer de la vaso-dilatation périphérique, notamment au niveau des pieds et des mains.

Or, le bain carbo-gazeux de Royat remplit à lui seul ces deux indications. D'un côté, stimulant énergique de la nutrition générale (1), il lutte efficacement contre la « dystrophie ou dysgénèse » uricémique ou arthritique, et je viens d'insister sur ce point dans le *Journal des Praticiens* 1907 (2) ; mais de plus c'est un énergique vaso-dilatateur, ainsi que le prouvent, par l'amplification énorme du pouls capillaire, les tracés que j'ai précédemment publiés : (*Thèse de Paris*, 1905, J. Rousset, éd. et *Archives génér. de médecine*, 4 juillet 1905). Ce dernier phénomène est d'ailleurs de la plus simple évidence ; nos malades sortent de leurs bains avec les téguments hyperhémiés au point d'acquérir une coloration rose vif, du moins dans toute l'étendue précédemment immergée, ce qui représente quelque chose comme les 9/10e de la surface totale du corps.

Mais les spasmes vasculaires de ce malade étaient localisés aux pieds et aux mains ; dès lors il était logique d'appliquer un agent vaso-dilatateur à action purement locale sur ces extrémité. Je le possédais à Royat dans le *bain hydro-électrique à 4 cellules et à courant continu*. On sait que dès 1895 (*Arch. d'électr. médic.*) M. Labatut, de Grenoble, prouvait l'introduction diadermique du lithium sous l'influence du courant continu, à l'aide d'analyses chimiques et spectroscopiques de l'urine (V. Albert-Weil, *Journal de Physiothérapie*, février 1907. Il y a dix ans qu'à Royat on traite avec succès les arthropathies goutteuses par les bains hydro-électriques à cou-

(1) A. Mougeot. — Modification de la nutrition par le bain carbo-gazeux naturel à T° indifférente de Royat chez l'homme sain. *Soc. de Biologie*, 23 juin 1906.

(2) Bain carbo gazeux et nutrition : 1° recherches expérimentales ; 2° déductions cliniques.

rant continu et alimentés en Eau de la Source Eugénie qui contient 35 milligrammes de lithine par litre. Chez mes goutteux ainsi traités, j'avais précédemment remarqué que ces bains à quatre cellules, dans lesquels on ne plonge que les mains et les pieds, amènent aux points immergés une vaso-dilatation extrêmement intense, telle que les malades au bout de peu d'instants ont déjà mains et pieds d'un rouge vif et très chauds. Or, c'était précisément le résultat souhaité par M. K..., qui d'autre part ne pouvait que bénéficier de l'introduction de l'ion lithine pour son état uricémique.

Le *traitement prescrit* fut le suivant :

1° Tous les deux jours, un bain carbo-gazeux de la Source Eugénie de 20 puis 30 minutes, à la T. de la Source (34°5) et à eau courante ;

2° Tous les jours, parce que plus actifs contre le trouble local de la circulation, un bain hydro-électrique à 4 cellules, avec une intensité de courant continu progressivement augmentée de 15 à 30 milliampères, et une durée allongée peu à peu de 10 à 25 minutes. Je fis placer les pôles homonymes aux pieds et mains homo-latéraux ; autrement dit pôle aux pieds et main gauches, pôle aux pieds et main droits, par exemple ; en intervertissant d'un jour à l'autre.

De cette façon,le courant ne traverse pas le tronc dans sa longueur ; mais la vaso-dilatation recherchée était ainsi obtenue, à cet égard, cette application est donc totalement différente du traitement galvanique classique de la maladie de Maurice Raynaud membres asphyxiés dans un bain négatif, plaque à la muqueuse courant toujours descendant (1).

3° Un verre matin et soir d'eau de la Source César : diurétique, éliminatrice et anti-uricémique.

Les résultats de ce traitement furent remarquables. Obligé de retourner en Algérie au bout de seize jours, M. K..., me montrait ses mains et ses pieds redevenus rouges, chauds et agiles d'une façon permanente. Toute ébauche de crise vaso-spasmodique avait disparu lors de son départ. L'albumine n'était qu'à l'état de traces comme à son arrivée ; elle ne fut pas dosée de nouveau. L'état général était excellent.

Quelques remarques paraissent s'imposer :

1° Le syndrome de Maurice Raynaud est fort rebelle ; sa thérapeutique est loin d'être très établie ;

2° Le bain hydro-électrique à 4 cellules à courant continu provoque une vaso-dilatation exactement opposée aux phénomènes spasmodiques constatés dans le syndrome ; il a été, dans mon cas, fort nettement efficace, ce que je n'ai encore vu signalé nulle part.

3° C'est là un procédé simple, exempt de tout danger, dont tout praticien peut installer de fortune l'appareillage ; quatre récipients contenant chacun de l'eau tiède, une électrode et soit une main ou un pied du malade.

4° Le bain carbo-gazeux ne peut que coopérer à la vaso-dilatation désirée. J'ai indiqué dans ma thèse précitée la technique du bain carbo-gazeux artificiel.

(1) Dans tous les cas où il existe une asthénie quelconque du système nerveux ou musculaire, je préfère faire passer le courant dans tout le tronc en mettant le même pôle aux deux mains et l'autre aux deux pieds.

THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

Le traitement du catarrhe intestinal chronique

La thérapeutique rationnelle d'une affection intestinale,exige au préalable un diagnostic exact, qui doit avant tout déterminer l'extension et la localisation du processus pathologique.

Les catarrhes des parties supérieures de l'intestin grêle ne se traduisent pas nécessairement par une modification des selles ; ils occasionnent aussi de la dyspepsie gastrique, du ballonnement abdominal, des douleurs, etc. Lorsque le catarrhe est plus diffus, on voit, néanmoins apparaître de la diarrhée, qui possède parfois une réaction acide ; la coloration biliaire des selles n'est pas altérée, mais on trouve des signes de résorption incomplète des aliments (résidus des fibres musculaires ; corpuscules amylacés bien conservés, qui donnent la réaction iodée ; particules graisseuses en grande quantité) ; dans la plupart des cas, les mucosités font défaut.

Mais la localisation la plus fréquente et la plus importante du catarrhe intestinal est celle de l'iléon, du cœcum et du colon ascendant : c'est alors que l'on voit fréquemment des selles plus ou moins moulées alterner avec des déjections liquides : on observe aussi des alternatives de diarrhée et de constipation ; en outre, le mucus est abondant dans les selles, la résorption alimentaire se fait mal. Souvent aussi une affection chronique du cœcum et du côlon ascendant,n'est que le vestige résiduel d'une inflammation plus étendue ; on note alors de la constipation, du mucus intimement mélangé aux selles ; il n'y a pas de troubles de résorption, mais le cœcum, rempli des cyballes, est sensible à la pression ; le point de Mac Burney est parfois sensible à la pression, l'anse sigmoïde fortement contracturée.

Quant à l'inflammation de la partie inférieure du tractus intestinal, elle se caractérise par la constipation et une élimination abondante de mucus. Les localisations de l'anse sigmoïde sont particulièrement accentuées ; elles peuvent même entraîner de l'infiltration interstitielle des parois intestinales, et cliniquement de la diarrhée.

L'entérite membraneuse revêt un caractère particulier avec les symptômes qui lui sont connus.

Les colites diffuses occasionnent de nombreuses selles liquides, ou bien des alternatives de diarrhée et de constipation ; quelquefois elles revêtent la forme irritative, qui s'accompagne de symptômes dysentériformes.

Dans chaque cas de catarrhe intestinal chronique,il est nécessaire d'examiner la fonction stomacale, car l'estomac peut être malade et causer l'affection intestinale, ainsi que le fait se produit en particulier dans l'achylie. Par contre, il est aussi possible d'observer l'hyperacidité et l'atonie gastriques comme conséquences de l'inflammation intestinale. D'autres complications s'observent encore : l'appendicite, les névroses intestinales, les affections du foie, la cholécystite, la diathèse goutteuse. Il est très difficile de dis-

tinguer les névroses pures des catarrhes intestinaux.

Plus grande est la participation de l'intestin grêle à l'inflammation, plus grands sont les dangers pour l'état général : amaigrissement, anémie, nervosisme, et même anémie pernicieuse. Le traitement et la guérison de l'intestin grêle doivent attirer toute l'attention du praticien.

C'est le régime diététique, qui constitue le facteur principal du succès thérapeutique. Il n'y a pas de régime diététique normal : l'alimentation doit toujours être non irritante et facilement assimilable.

Dans les catarrhes de l'intestin grêle, on prescrit avant tout une nourriture riche en albuminoïdes (120 grammes d'albumines et plus), se composant de viande, de poisson, d'œufs, d'un peu de sucre, de pain blanc ou de biscuit, de riz, de semoule, de sagou, de macaroni, de bouillon, de beurre, de thé, de vin rouge. La viande, même en grande quantité, est très bien supportée, par les malades, sauf dans l'achylie. Si la viande n'est pas supportée, on complète la ration d'albumines au moyen des céréales. La viande, le poisson, les œufs doivent naturellement subir la préparation culinaire la plus simple ; la viande sera maigre, tendre, débarrassée de ses parties fibreuses.

Fréquemment la digestion des hydrocarbonés est difficile : le sucre est mal supporté ; la glucose et la dextrine le sont bien ; il faut absolument proscrire la cellulose. Les hydrocarbonés sont prescrits sous la forme de pâtisseries, de farinages, de soupes. Il faut être prudent en ce qui concerne les graisses : c'est au beurre frais, non salé, qu'on accorde la préférence : on commence par 40 grammes pour arriver progressivement à 150 grammes. A la convalescence on permet le gras de jambon, puis les rôtis plus riches en graisse.

Le lait, aliment trop fermentescible (pourtant indiqué dans les catarrhes du gros intestin), est aussi à proscrire ; au bout de quelques mois seulement on essaie de le mélanger au thé, au cacao, etc.

Pendant les 2 ou 3 premières semaines, on ne permet pas les légumes, pas même les pommes de terre, à cause de leur richesse en cellulose ; plus tard on essaie de donner, au repas de midi, deux cuillerées de légumes de purée, mais seulement tous les deux ou trois jours, afin de pouvoir être certain que, dans les 48 heures, il ne s'est pas produit de fâcheux effets. Si tout va bien, on donne, sous la forme liquide, des pommes de terre, des carottes, des fonds d'artichauts, des pois verts, des épinards.

Souvent il est nécessaire de défendre pendant des années les fruits crus ou les compotes de fruit, exception faite pour les framboises.

Comme boisson (un litre ou 1 litre 1 /4), on permet les eaux minérales peu riches en acide carbonique, parfois aussi les eaux calciques, le vin de Bordeaux. La bière est formellement interdite. Les infusions légères de thé, le cacao à l'eau, ou le vin de framboises sont permis.

Comme l'alimentation ne doit pas être trop abondante durant les premières semaines, on ordonne le repos au lit, qui traduit encore son utilité par la chaleur également répartie qu'il procure au corps.

Si, pendant quinze ou vingt jours, le malade a bien supporté ce régime sévère, on essaie un peu de purée de légumes, une petite quantité de lait ; au bout de 2 ou 3 mois on permet de la viande de plus grasse, des farinages mieux assaisonnés ou sucrés, des gelées de fruits, de la crême douce, mais toujours sous un contrôle rigoureux.

Malgré toutes ces prescriptions, les douleurs ne s'amendent pas toujours quand il y a combinaison de catarrhe intestinal et de névrose intestinale ; mais alors il ne faut pas par trop réduire le régime alimentaire : on prescrit comme adjuvants les bromures, les opiacés, le veronal. On utilise aussi l'hydrothérapie : compresses chaudes compresses imbibées d'alcool chaud, puis bains chauds aromatiques avec ablutions froides (22 à 26 C.).

Comme médicaments, le Dr Rosenheim (*Deutsche med. Wochens.*, nos 23, 25, 1906), recommande surtout les préparations de tanins (le tannocol, 2 à 3 fois par jour, une 1 /2 cuillerée à café dans de l'eau froide), le Bismuth (Dermatol), éventuellement additionné de chaux (sous-nitrate de bismuth, phosphate de chaux ââ 7 gr. 50. Extrait de belladone, 0, 25 centigr. à prendre plusieurs fois par jour, une heure après le repas, la valeur d'une pointe de couteau). On peut encore prescrire le nitrate d'argent (0,2 à 0,3 pour 100 gr. 3 fois par jour 1 /2 cuillerée à potage), le salol, le benzo-naptol , la résorcine, l'orphol.

Si le régime ordonné amène la contipation, on la combat au moyen de la gymnastique, du massage, des lavements d'eau ou d'infusions de camomille, parfois d'eaux minérales. Ces dernières constituent parfois un excellent traitement local du catarrhe ; mais il ne faut pas oublier que les cas graves sont justiciables du lit et non des bains.

Les catarrhes diffus du gros intestin seront d'abord traités comme ceux de l'intestin grêle ; régime, repos, chaleur. Parfois cependant, il conviendra de restreindre à 400 ou 500 cent. cubes la quantité des liquides ingérés. Si une constipation opiniâtre se manifeste, on fera des lavages de l'intestin à l'eau chaude (1 litre ou 1 litre et demi) dans la position genu-pectorale. En cas d'insuccès, on emploiera, après un lavement de propreté, le tanin (1 /2 à 1 pour 100), ou le nitrate d'argent (1 p. 1000), à raison chaque fois de 5 ou 600 centimètres cubes. On utilise aussi de grands lavages (5 à 10 litres) avec des solutions salées très chaudes (42 à 48° C.). Sel de cuisine 0,6 à 0,8 %. Bicarbonate de soude 0 8 à 1 %. Sel de Karlsbad 0.8 à 1 %. Dans les cas graves il deviendra nécessaire de réduire les albumines alimentaires à 50 ou 60 grammes ou d'essayer l'alimentation hydrocarbonée simple ou bien encore une cure de lait avec de l'opium et de la codéine si celui-ci n'est pas bien supporté. Le traitement dans les stations thermales (Karlsbad) constituera un excellent adjuvant.

Les colites devront être soignées d'une manière tout à fait différente. Le régime sera liquide, exempt de particules solides ; il sera composé d'éléments facilement assimilables ne laissant que peu de déchets : enfin il sera riche en eau et en graisses. Il sera très important de donner aux malades beaucoup de légumes et de fruits mais très cuits, beaucoup de beurre, de graisse, d'huile d'olive. Peu d'albumines, peu de viandes et de poisson, des œufs, une petite quantité de lait, de pâtisserie, des farinages légers. En fait de fruits crûs, on permettra tout au plus des pêches, des abricots, des reine-claudes ; mais les compotes

seront préférables. Comme boissons, ce sera le café au lait, le vin blanc, les limonades, les eaux minérales, parfois un peu de bière. Quoique des cures alitées soient rarement indiquées, le repos et la chaleur seront très utiles. Pour régulariser les fonctions intestinales on donnera des lavements huileux (le soir 3 à 5 cuillerées à potage d'huile chaude) ; éventuellement, tous les 2 ou 3 jours le matin, un lavement avec un demi-litre d'eau chaude. Dans les cas rebelles ce seront de grands lavages suivant le mode indiqué ci-dessus, ou bien des lavements d'huile (200 à 300 cm.) Parfois la rhubarbe, la cascarine ne seront pas à dédaigner. Le traitement sera complété par des bains complets ou des bains de siège chauds, par les bromures, la belladone, parfois l'opium, par la galvanisation de l'intestin ou de légers massages.

Toutefois le massage, la gymnastique, l'hydrothérapie froide se recommandent au premier chef dans certaines formes torpides de colites, qui s'observent surtout chez les anémiques, les adipeux artério-scléreux.

Lorsqu'on observe dans la colite de l'irritabilité du colon, une tendance aux douleurs, de la diarrhée, des selles sanguinolentes, il faut prêter grande attention au régime : le beurre est généralement bien toléré ; mais les compotes, et parfois aussi la viande, les poissons doivent être proscrits. Ici les cures de lait sont indiquées. Le tannin, le bismuth, la chaux, l'opium, les lavements médicamenteux sont donnés contre la diarrhée. Les bains de Karlsbad sont efficaces pour le traitement de l'affection intestinale. Dans les cas graves, Rosenheim recourt au calomel (pendant 3 jours, chaque heure 0,02 de calomel), puis pendant 8 jours il donne suivant le même mode 0,50 de bismuth.

Les malades convalescents sont envoyés aux altitudes moyennement hautes dans des endroits ensoleillés, pourvus de promenades agréables. Il faut toutefois éviter le séjour sur des plateaux trop élevés, ou le séjour à la mer.

Dr GEORGES.

ÉTUDES ET PROJETS

La réorganisation des études pharmaceutiques

La *Tribune médicale* dans son numéro du 1er juin, invite les médecins si préoccupés qu'ils soient de la réorganisation de leurs propres études à ne pas se désintéresser de la réforme des études pharmaceutiques.

Jusque-là tout va bien et nous ne saurions y trouver à redire. Mais nous tombons dans l'étonnement quand l'auteur de l'article, portant de suite son examen sur un point particulier de cette réforme, le renvoi du stage au cours ou à la fin des études, en arrive à des conclusions que nous ne parvenons pas à goûter au nom de l'intérêt de la santé publique.

Le *Concours médical* ne se dérobera pas à l'invitation que la *Tribune* adresse à notre profession.

Mais, afin de bien éclairer le débat, il mettra sous les yeux de ses lecteurs, *in extenso*, deux documents portant sur le même sujet et aboutissant à des déductions totalement inverses.

C'est toujours ainsi qu'il convient de commencer, quand on prévoit que l'on aura à prendre un parti entre deux thèses opposées.

Voici d'abord l'article de la *Tribune* :

La réforme des études pharmaceutiques.

Le pharmacien deviendra-t-il un danger public?

Sous l'irrésistible poussée d'un mouvement d'opinion nettement réformateur, les pouvoirs publics se résignent à soumettre le régime des études médicales à une vaste enquête embrassant toutes les branches de l'art de guérir. La *Tribune médicale* a exposé de la façon la plus impartiale les opinions qui paraissent se dégager des polémiques soulevées au sein des récents « *Etats généraux* » de la médecine pratique. Aujourd'hui, elle croit de son devoir d'appeler l'attention du corps médical sur les réformes appelées à modifier profondément une profession à laquelle il est intimement lié dans sa pratique journalière, et dont l'évolution est solidaire de sa propre évolution.

La pharmacie a réformé peu à peu son enseignement pour le mettre au niveau des exigences actuelles de la thérapeutique, et, de ce fait, l'éducation scientifique du pharmacien et celle du médecin tendent de plus en plus à s'unifier, en s'inspirant des mêmes théories pour satisfaire aux mêmes exigences. Mais sur ce point beaucoup reste à faire.

L'heure semble donc venue de changer quelque chose. Mais, au rebours de ce qui semble devoir se passer pour la médecine, où chacun désire plus d'entraînement pratique et moins de spéculation scientifique, les Écoles de pharmacie — consultées peut-être d'une façon trop exclusive— prennent le contre-pied de ce programme et proposent une modification des études pharmaceutiques qui supprime la partie pratique de cet enseignement, celle que l'étudiant apprend et ne peut apprendre que dans les pharmacies. *Les Ecoles voudraient voir porter à la fin des études le stage en pharmacie, ce qui équivaudrait à sa suppression.* Les Ecoles secondaires et quelques universités menacées de s'éteindre faute d'élèves, espèrent ainsi retenir une clientèle qui leur échappe : l'intérêt des étudiants et l'intérêt des malades passent pour elles au second plan. Disons de suite que ce calcul est faux, car la répartition des stagiaires sur tout le territoire, en permettant aux familles de conserver dans leur voisinage les jeunes gens qui se destinent à la pharmacie, assure un recrutement qui se trouverait fort compromis s'il fallait diriger immédiatement les jeunes bacheliers sur une faculté éloignée. Le nombre des étudiants en pharmacie baisse avec une étonnante rapidité ; il baissera encore davantage si les familles entrevoient la nécessité de transformer leurs enfants d'écoliers en étudiants, sans cette transition d'ordre familial et pratique que peut être et que doit être le stage en pharmacie.

*
* *

Nous disions plus haut que le transfert du stage à la fin des études équivalait à la suppression, et cela, nous allons le prouver. Déjà, le stage de 3 ans se trouve fréquemment diminué et réduit à 2 ans, 18 mois parfois, par des dispenses accordées à tous ceux qui les demandent. Il est évident, toutefois, que deux années de stage pourraient suffire à la rigueur et qu'une modification s'impose sur ce point.

Mais, si le stage est trop souvent écourté avec le régime actuel, il disparaîtrait en fait avec la système proposé.

Quel pharmacien accepterait comme élève un étudiant prêt à s'établir, dans lequel il verrait un concurrent éventuel ? Et, dans un autre ordre d'idées, quel concours apporterait audit praticien un élève ignorant tout de la pratique journalière, et d'autant plus dangereux qu'il se croirait de par sa scolarité récente infiniment supérieur au pharmacien dans lequel il verrait, non un maître appelé à l'initier aux difficultés matérielles de la profession, mais un praticien routinier et terre à terre. Le stage sera donc purement et simplement supprimé, ou transformé en stage de complaisance, pure formalité sans utilité pratique.

Ce qui intéresse le médecin, c'est la collaboration que pourra lui apporter le pharmacien nouveau style, ce dernier fût-il docteur en pharmacie ou docteur ès sciences.

Ce pharmacien saura (au moins pendant quelques mois), discourir à perte de vue sur la chimie et la physique dans l'espace. Puis, la patine des exigences journalières s'incrustant dans son esprit, il abandonnera ces belles spéculations, pour lui sans applications immédiates ; il deviendra à son tour routinier et terre à terre, mais sans ce bagage de connaissances pratiques qui, à défaut de transcendance, permet à un pharmacien d'exercer dignement sa profession. Ce qui manquera au pharmacien que l'on nous promet, c'est l'équivalent de ce qu'est pour le médecin le sens clinique. Le sens clinique de la profession pharmaceutique, *l'art d'être utile aux autres et surtout de ne pas être dangereux*, ne peut s'apprendre que pendant le stage, car, pour le pharmacien, comme pour le médecin, le sens clinique ne peut s'acquérir qu'auprès du malade et en s'inspirant des exigences de ce dernier.

C'est pendant le stage, en effet, que le pharmacien apprend peu à peu à connaître la physionomie des drogues et *surtout leur posologie*. C'est en déchiffrant des ordonnances où se glissent parfois des erreurs, que l'attention se met en éveil, que des rapprochements s'établissent entre les diverses éventualités d'erreurs possibles, que celles-ci proviennent du médecin dont l'attention est un moment distraite, ou du pharmacien qui lit *chlorhydrate de morphine* au lieu de *chlorhydrate de quinine*, voire même du droguiste qui livre un produit pour un autre, pour n'envisager que les causes les plus fréquentes d'erreurs pharmaceutiques. C'est en somme avec ce bagage utilitaire, solide quoique peu savant, que l'étudiant actuel commence la scolarité destinée à compléter sa culture intellectuelle.

Nous avons vu des élèves ayant échappé à la formalité du stage par des certificats de complaisance ou de soi-disantes équivalences universitaires. Ils auraient été capables de faire une leçon savante sur la chimie du mercure dont ils connaissaient jusqu'aux dérivés organiques, mais, placés en face d'une ordonnance, ils délivraient indifféremment du sublimé pour du calomel. Un autre — car nous parlons ici de choses vécues, — appelé à délivrer de l'apomorphine et n'ayant retenu de la préparation que l'intervention ultime du bicarbonate de soude, mêlait de la morphine et du bicarbonate de soude et ajoutait un cas à la liste déjà trop longue des victimes pharmaceutiques. Nous ne retiendrons que ces deux exemples, parce que les sujets qui furent les héros de ces faits étaient en tous points remarquables par leurs notes scolaires, avaient passé de brillants examens, préparaient de multiples doctorats et entrevoyaient même la possibilité de finir leur carrière comme professeurs.... *de pharmacie* dans quelque débonnaire faculté pauvre en élèves mais riche en professeurs.

Nous espérons que le bon sens des pouvoirs publics saura déjouer le calcul de quelques unités sans valeur professionnelle qui veulent faire passer leur intérêt personnel (mal entendu d'ailleurs) avant l'intérêt général. Nous espérons aussi que le corps médical fera entendre sa voix dans un débat auquel il ne peut rester indifférent.

G. M.

Et maintenant voici ce qu'écrivait le *Concours Pharmaceutique* dans son numéro du 15 mai 1907 touchant cette même question :

La réforme des études pharmaceutiques.

Cher confrère,

D'abord *cuique suum*, c'est ainsi que M. le professeur Planchon, de Montpellier, commençait au Congrès de pharmacie de 1900, l'énumération, pleine de bon sens, de ses arguments en faveur de la scolarité avant le stage.

Notre confrère M. Ch. Métivier, publie dans le *Bulletin de la Société Regallia* — que vous avez eu l'amabilité de m'envoyer — une étude très documentée de la pharmacie à travers les âges. Ce travail a dû coûter à notre confrère du temps et des recherches.

Au milieu de cette documentation on trouve, étudiées par l'auteur, les diverses questions qui intéressent la modification des études pharmaceutiques : 1° le stage ; 2° la scolarité ; 3° les examens ; 4° le rôle des écoles de plein exercice et celui des écoles mixtes de médecine et de pharmacie ; 5° enfin les conditions à remplir par les pharmaciens de 2e classe, qui désireraient obtenir le diplôme de 1re classe.

Pour nous permettre d'exposer clairement, utilement même, nos objections aux arguments de M. Ch. Metivier, nous examinerons un par un ces arguments et nous-y répondrons ensuite et immédiatement.

1° Le stage.

a) *Quelle doit être sa place dans le cours des études pharmaceutiques ?*

Occupons-nous, tout d'abord, du stage et reportons-nous, avec l'auteur de l'article Regallia, au 26 juillet 1885. C'est de cette date que partent, en effet, réglées telles qu'elles sont, les conditions actuelles de la pharmacie, moins, toutefois, la loi récente qui supprime le diplôme de 2e classe.

Voilà où nous en sommes, a dit l'auteur, et il ajoute:

« Mais est-ce le stage qui est défectueux ou la façon dont il est compris ?

« Il est facile de répondre. La pharmacie en effet « n'est plus ce qu'elle était il y a quelques années seulement ; le pharmacien est plus commerçant que « jadis, mais aussi moins praticien. Il ne tient plus à « honneur de procéder lui-même, dans son officine, à « la confection de préparations que pour cela on a « dénommées « officinales ». Les impôts, la concurrence, le struggle for life, en diminuant les bénéfices et la situation matérielle des pharmaciens, les « ont, malgré eux souvent, réduits à devenir pour ces « sortes de préparations tributaires de maisons spéciales, qui les leur fournissent à bon compte. Evidemment c'est regrettable, *mais notre manque « d'union, d'esprit de corps, est une des raisons de cette « décadence* ».

Le pharmacien est plus commerçant que jadis. Hélas! cela est malheureusement beaucoup trop vrai, mais est-ce un bien ou un mal ? Si c'est un mal, pourquoi persister à mettre le stage avant l'école, à développer chez le jeune bachelier moderne, qui sort du collège ou du lycée, imbu d'idées généreuses, le côté exclusivement mercantile de notre profession ? Pourquoi obliger encore ce jeune bachelier à imiter son patron qui, lorsqu'un client met la main sur la poignée de la porte de l'officine, court, sans prendre le temps de poser sa bouteille, ou son filtre, au-devant du nouveau venu et, la *bouche en cœur*, prononce : « *Madame désire ? Vous désirez, monsieur ? Vous désirez, madame ? Qu'est-ce qu'il y a pour votre service ?* » au lieu de rester à son comptoir, tout à ses opérations, d'attendre que le client s'approche et formule sa demande, donnant ainsi à son élève et au client lui-même l'exemple de la dignité la plus simple, d'une dignité en rapport avec les études approfondies qu'il a faites.

La concurrence et le struggle for life, s'ils servaient à décourager les jeunes gens, qui les connaissent par ce qu'ils ont entendu, qui les jugent au besoin, mais qui les jugent avec leurs dix-sept, dix-huit, dix-neuf, vingt ans, et les illusions, inhérentes à ces âges, mériteraient peut-être leur prise en considération ; cependant nous ne pouvons nier que l'étudiant n'obéit pas qu'à sa volonté, qu'à son impulsion propre, il suit la recommandation paternelle, il continue d'apprendre mal un métier qui ne lui plaît pas et auquel il s'initie sans effort. Il s'habitue ainsi à perdre toute initiative et se prépare rapidement à cultiver plus tard, lorsqu'il sera lui-même patron, l'indolence et la négligence quand ça n'est que cela.

« D'ailleurs, pour quelques potards fin de siècle, le « stage est devenu non pas instructif mais utilitaire. « Pour ces patrons dernier cri, un élève est parfait « pourvu qu'il sache tarer une bouteille, conditionner « élégamment une potion, présenter avec chic paquets « et cachets, rouler vaille que vaille les pilules ma« gistrales, car les autres sont achetées dans le gros, « et surtout, s'il prône avec adresse et aplomb la spé« cialité de la maison. Il rend de grands services, mais « n'apprend rien.

« Evidemment, ce n'est pas du stage. Il faut que « l'étudiant trouve dans son patron un maître bien« veillant et attentif. Que chacun de ses travaux soit « un enseignement, que le stage en un mot soit l'adap« tement pratique de l'enseignement pharmaceu« tique, la préparation à la scolarité ».

Comment en serait-il autrement ? Le pharmacien, devenu commerçant, ne peut que s'intéresser à l'élève qui manifestement lui gagnera plus d'argent.

Il faut que l'étudiant trouve dans son patron, etc. Les patrons sont trop nombreux et leurs situations trop différentes pour qu'il soit possible d'admettre logiquement une même direction d'enseignement dans toutes les officines. Cette raison, d'un intérêt capital, se suffit à elle seule pour motiver le stage après l'école, à un moment où l'élève devenu homme, abandonnera beaucoup plus difficilement les principes de droiture et de probité que lui aura enseignés l'école. Oui, oui, mille fois oui, il faut que les pharmaciens se refusent, par parti pris, à tout raisonnement, pour ne pas s'incliner devant cette évidence.

Si les patrons pouvaient, étaient à même de répondre aux exigences de notre confrère, M. Métivier, la scolarité deviendrait absolument inutile puisque les élèves recevraient des pharmaciens eux-mêmes, de tous les pharmaciens sans distinction aucune, des leçons particulières pendant deux ans. Il suffirait à la rigueur d'augmenter la durée du stage et les étudiants pharmaciens, au moment d'être déclarés *dignus intrare*, seraient des savants. Non, jamais cela ne sera et nous aurions meilleure grâce à reconnaître franchement que, étant donnés nos soucis, ceux qu'occasionne le *struggle for life* de tout à l'heure, il serait mille fois préférable que l'enseignement primaire de l'étudiant, l'enseignement qui s'infiltre si profondément dans les jeunes esprits, fût donné par d'autres que nous et cela pour son unité même, pour relever le niveau moral du pharmacien et aussi pour notre sauvegarde.

« Il faut que pendant le stage l'élève se familiarise « avec nos instruments de poids, de mesures, d'étu« des, qu'il apprenne à mettre un microscope au « point, à manier un saccharimètre, une burette de « Mohr ; en un mot qu'il sorte du stage muni de tous « les enseignements pratiques de notre profession, « apte à recevoir les leçons techniques des maîtres « éminents qu'il trouvera à l'Ecole ».

Pourquoi se griser de mots ? M. Ch. Métivier sait cependant bien que ce qu'il propose n'est pas possible. Nous doutons, en effet, que l'élève trouve couramment le patron qui se prêtera de bonne grâce à tant d'explications, sur des appareils qu'il ne connaît pas lui-même ou sur lesquels en tout cas il n'a que de trop vagues notions, que quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent il ne possède pas et que, les possèderait-il, l'inexpérience de son élève ferait que le patron hésiterait encore à lui en abandonner la manipulation. Pour enseigner la chimie ou la physique, et les appareils qu'elles emploient, il faut être méthodique. On ne peut cependant pas admettre que tous les pharmaciens le soient. Alors une catégorie d'élèves aura à se louer d'avoir eu un bon patron et une autre à regretter d'en avoir eu un mauvais. Le stage, après l'école, éviterait ces abus, ces injustices criantes puisque l'étudiant serait à même de juger son patron, de l'apprécier ou de le fuir s'il enseignait mal ou s'il ne possédait pas les appareils nécessaires à l'exercice de son art. Une sélection naturelle se ferait ainsi et il deviendrait alors possible de distinguer l'homme de science du commerçant au rabais. C'est précisément de cela qu'ont peur beaucoup de pharmaciens et voilà pourquoi un certain nombre demandent le *statu quo* ou le maintien du stage avant la scolarité.

« L'énorme valeur scientifique même de nos maî« tres, les éloigne des jeunes étudiants. On ne peut par « exemple demander à un professeur de pharmaco« logie de perdre son temps à apprendre à l'étudiant « à faire un filtre, à tenir un pilon, à verser, sans en « répandre, le contenu d'un bocal dans une fiole, etc. »

Et pourquoi le professeur de pharmacologie n'apprendrait-il pas à l'étudiant tout ce dont il a besoin, y compris la fabrication d'un filtre ? Depuis quand les élèves ont-ils été créés pour les professeurs ? Les toxicologues et les experts-légistes n'ont pas fait de stage pharmaceutique et cependant savent peser de petites doses ; il en est de même de tous les chimistes, même des chimistes non pharmaciens, depuis que Lavoisier a introduit l'usage de la balance dans les laboratoires.

« Mais si défectueux qu'il soit maintenant, le stage « est encore non seulement utile, mais indispensable « à l'élève. Il se familiarise quand même avec nos « instruments, il apprend à ne pas confondre une « chausse avec un tamis, un bain-marie avec un « alambic, un mortier avec une étamine ».

Ce sont surtout des mots et il ne nous paraît pas

utile de nier plus avant le mérite que M. Metivier refuse aux jeunes bacheliers.

« Il apprend à connaître une foule de produits « chimiques, de drogues simples ou composées qu'il « manipule chaque jour. Il saura que l'iodure de po- « tassium est soluble dans l'eau, que le sublimé est « toxique, que la glycérine n'est pas un corps gras, « et quand, à l'Ecole, on lui parlera de ces produits, ils « seront pour lui de vieilles connaissances. Il ne sera « pas étonné de comprendre du premier coup que les « cristaux appartiennent à des types différents, que « telle solution est endothermique et telle autre exo- « thermique ; mots barbares et vides de sens, diffi- « ciles à comprendre tout au moins, si le stage ne « l'avait pas déjà instruit que l'iodure se dissout en « congelant la vapeur d'eau sur les parois de l'enton- « noir et que l'acide sulfurique, au contraire s'échauffe « terriblement quand on l'étend d'eau ! »

Quand il saura tout cela, et c'est toute la chimie, à quoi, encore une fois, servira la scolarité ? L'école deviendra inutile, il faudra la supprimer et revenir aux anciens jours.

« Par le stage enfin il vit de la vie du pharmacien, « il goûte avant d'y mordre à pleines dents le pain « amer de la profession. Il se pénètre de la minutie, « de la circonspection qui doivent présider à tous « nos « actes ; il constate de *visu* les inconvénients du « métier, les difficultés que crée le contact de la clien- « tèle, et s'il n'a pas la vocation il peut revenir sur sa « décision ».

Il vit de la vie du pharmacien, etc. Et oui, pendant trois ans, par habitude prise, il court après un diplôme dans lequel il a mis toute sa confiance. Il est inexpérimenté et plein des illusions que donne la jeunesse ; il marche comme un voyageur égaré, de sorte qu'après deux ou trois ans, si le métier ne lui plaît pas il faut quand même, par suite du chemin parcouru, de la vitesse acquise, continuer la chasse à la peau d'âne pharmaceutique.

Si, au lieu de cela, l'étudiant, pendant sa scolarité venait à s'apercevoir qu'il n'a aucun goût pour la pharmacie, combien à ce moment il serait encore temps, pour lui, de changer de direction et de s'orienter vers d'autres oasis plus verdoyantes ?

Nous passons volontairement la question des écoles secondaires auxquelles M. Metivier fait allusion ; nous en reparlerons quand nous traiterons des examens et du rôle de ces écoles.

« Et aussi entrevoyez-vous la figure de l'étudiant « en stage après sa scolarité quand il se trouvera au « comptoir côte à côte avec le « cul-de-plomb » Tout « bourré de sciences abstraites, scientifiques jusqu'au « bout des doigts, le pauvre étudiant sera la risée du « professionnel qui lui verra servir maladroitement « deux sous de pommade camphrée. Le garçon de la- « boratoire lui-même rira sous cape de ce que notre « pauvre universitaire si savant enveloppera moins « bien que lui une bouteille ou une boîte. »

Oui, nous entrevoyons très bien la figure de l'étudiant en pharmacie, après sa scolarité, pour y compléter son enseignement pratique, au même titre que nous entrevoyons l'élève de l'Ecole polytechnique rentrant à l'Ecole du génie maritime pour apprendre à construire des bateaux, à l'Ecole des ponts-et-chaussées pour apprendre la construction des routes et des ponts, etc. Pour Saint-Cyr, dit l'auteur quelque part, on oblige, après admission à l'Ecole, le passage d'une année au régiment. Ici, cela se conçoit, c'est indispensable. En effet, il est nécessaire que l'officier puisse se rendre compte de l'endurance du troupier, de ses besoins, de ses souffrances mêmes. Ce n'est qu'en vivant avec lui qu'il pourra plus tard émettre sur tout ceci un raisonnement sain. D'un autre côté, l'officier doit connaître le maniement des armes, faire des marches, etc., autant de choses qu'il apprendra d'autant mieux qu'il sera plus près du soldat qu'il commandera plus tard et pour lesquelles, point n'est besoin de savoir les théorèmes de Sturm et de Descartes.

Maintenant, ce que je n'entrevois pas du tout, c'est l'élève devenant, par suite de son instruction, de ses capacités et de ses connaissances, la risée du *cul-de-plomb*. Si j'assistais à une telle scène, je plaindrais volontiers le cul-de-plomb, mais je ne rirais certainement pas de l'élève.

Ce qu'il nous faut, pour notre dignité, c'est tenir beaucoup plus compte de la préparation du produit lui-même que de son empaquetage.

Si le médecin prescrit des cachets de thiocol, nous habituer à mettre du thiocol, parce que nous le devons et moins bien envelopper, vaudrait beaucoup mieux qu'une belle boîte bien habillée qui contiendrait des cachets dans lesquels le sulfogaïacolate de potasse remplacerait le thiocol. Voilà ce qu'il faut développer chez le pharmacien. Si le stagiaire est instruit, et s'il a passé par l'Ecole, il aura conscience de sa responsabilité — les tristes événements de Troyes ne seront plus à craindre — et, pour son compte, évitera les substitutions de ce genre au lieu de suivre les errements de son patron, qui le trompe d'autant mieux que, stagiaire ignorant, il ne peut juger de la valeur des conseils qui lui sont donnés.

« Ne criez pas à l'exagération. Messieurs. Rappelez- « vous vos débuts à la tête d'une maison, alors que « vous étiez tout frais diplômé, n'avez-vous jamais « été embarrassé ? Et pourtant vous aviez tous, vous « qui êtes mes aînés, fait un stage pratique plus pra- « tique que celui que ferait après sa scolarité le demi- « pharmacien ».

Eh bien ! ces débuts, nous nous les rappelons, bien tristement, tellement il est vrai que nous ne savions rien ou si peu, qu'en dehors du côté commercial il est préférable de n'en pas parler.

« Gardons le stage avant au moins comme arme de « défense. Oui, arme de défense, puisque personne ne « peut nous enlever le droit de faire ou ne pas faire « des élèves. En refusant d'en faire nous limitons plus « sûrement que les Ecoles ».

Il est puéril de penser que les dix mille pharmaciens qui manquent d'union et d'esprit de corps — ce sont les paroles de M. Ch. Metivier lui-même — s'entendront jamais pour ne plus faire d'élèves.

b) *Quelle sera sa sanction* ?

« Oh ! là, Messieurs, la sévérité ne sera jamais « trop grande. J'estime que si l'on doit arrêter la « carrière d'un étudiant, ce n'est pas à la fin des études « mais au début. N'est-il pas lamentable de voir des « étudiants arriver jusqu'au seuil des définitifs et là « sombrer dans cette misère sociale « *les déclassés* ».

Absolument de votre avis pour empêcher les déclassés ; nous prétendons que l'étudiant en pharmacie qui voudra renoncer à la poursuite du diplôme de pharmacien, sera beaucoup plus apte à choisir, après deux années de scolarité, une carrière quelconque ; institut agronomique, écoles nationales vétérinaires, écoles commerciales, école-coloniale, école centrale, etc., qu'après deux années de stage, alors

qu'il aura tout oublié, hormis la cuisine, et qu'il ne pourra plus faire qu'un marmiton. Voilà le danger.

« Je ne consentirais jamais à admettre le candidat « qui me ferait la potion de Rivière en dissolvant le « bicarbonate à chaud, mais je n'irais pas demander « pourquoi la solution d'antipyrine rougit en pré- « sence de perchlorure de fer.

« Je voudrais qu'il puisse me dire ce qu'il faut con- « clure d'une urine qui réduit la liqueur de Fehling, « mais cela me laisserait froid s'il ignore la raison chi- « mique de la réduction.

« Il devrait cependant savoir à quelle dose et com- « ment on prépare le sirop de morphine ou de chloral, « mais pourvu qu'il sache dire comment on obtient « l'alcoolat de mélisse, je ne m'inquièterais pas s'il « sait la nomenclature et les doses des plantes qui le « composent.

« Il saura énumérer les plantes qui entrent dans « les quatre fleurs ou les quatre fruits,mais ignorera « la préparation de l'amidon.

« Il saura comment faire l'iodure mercurique et « ignorera la préparation de l'acide nitrique.

« En un mot je voudrais voir qu'il possède toutes « les connaissances que le stage peut apprendre, mais « ne pas l'obliger à empiéter sur les connaissances « théoriques que l'Ecole doit lui fournir plus tard.

Enseigner au bachelier qui sort du lycée une pareille méthode de travail c'est uniquement faire appel à sa mémoire, c'est lui défendre de raisonner, c'est le désorienter complètement, puisque cet enseignement devient la négation de *la logique* qu'il apprenait au lycée. Et puis, lorsqu'il sera seul et que sa mémoire lui fera défaut, comment retrouvera-t-il la solution dont il a besoin ? Un élève ainsi éduqué ne raisonnera jamais et, pendant sa scolarité, fera de plus en plus appel à sa mémoire ; il travaillera pour passer des examens et pas pour apprendre, ce qui le différenciera de l'ouvrier (Anatole France); il restera après sa scolarité, si c'est par là qu'il termine, le commerçant qu'il était avant, le commis épicier que son ou ses patrons auront initiés au mercantilisme.

Quant aux trois ou quatre échecs dont parle M. Ch. Metivier, il est absolument impossible de rejeter d'une profession un jeune homme qu'on aura toléré dans cette profession pendant trois ou quatre ans, ce serait un geste antisocial que jamais une assemblée ne sanctionnera .

Faites un concours d'entrée à l'école alors, mais n'oubliez pas que cela nous conduit à la limitation et donne à réfléchir.

Conclusion :

Place du stage : après l'Ecole.

Un abonné du Concours.

— La discussion ainsi soulevée va peut-être nous entraîner sur un terrain encore mal connu de bon nombre de lecteurs. Mais nous pensons avec la *Tribune médicale*, que notre intérêt professionnel, d'accord avec le souci de la santé publique, nous y appellent d'urgence. Nos deux dernières assemblées générales nous ont d'ailleurs invité à porter notre attention de ce côté, et le Conseil de direction dira son sentiment parce qu'il estime depuis longtemps que tout ce qui touche à la médecine (et c'est le cas des choses pharmaceutiques), est du domaine des études de notre Société.

CORRESPONDANCE

Les diplômes pour l'exportation de la médecine

Mon cher confrère,

Dans le numéro du 26 mai 1907, le Dr P.. à S. S., demandait comment il faut s'y prendre pour voyager sur les bateaux comme médecin.

Je suis en mesure de lui répondre qu'il trouvera facilement à s'embarquer en s'adressant à M. le Dr Lop, 3, rue de la République à Marseille, un confrère charmant, correspondant du *Concours médical*, qui lui donnera prompte satisfaction, ainsi qu'il l'a fait souvent pour des étudiants de l'école de Marseille qui désiraient faire des remplacements de médecin du bord

Que ne puis-je céder à mon confrère P... mon inutile peau d'âne de médecin sanitaire maritime !

A propos de peaux d'âne, laissez-moi vous raconter comment je suis une blanche victime des administrations, des diplômes et de ceux qui trouvent du plaisir à en créer. Il y a 2 ans environ ou 3, on fit beaucoup de bruit autour des postes de médecin de l'A.M. indigène de la C.O.fr. d'Afrique : 12000 et le logement. Je fus tenté, me renseignai, il fallait, me répondit-on, le diplôme d'études de médecin coloniale. Jeune médecin installé dans le midi, assez satisfait de mes débuts, je quittai tout et vins suivre les cours de l'école de Marseille et 3 mois après j'avais le beau parchemin, mais plus de poste ! J'attendis un an pendant lequel je fis demandes sur demandes, démarches sur démarches.

Enfin, je suis nommé, ordre de départ, bateau désigné, etc... et au bas de l'avis d'embarquement, que vois-je ? Souligné : Défense est faite à MM. les médecins de l'A. M. indigène d'amener leur famille avec eux. Grande fut ma surprise. Je pestai en vain. Je rage encore, moi qui, marié, ignorais jusqu'au *dernier jour* un détail que l'on aurait dû imprimer en grosse lettre le premier jour, dans toutes les réclames que l'on répandait autour de ces postes.

Je ne discute point si, dans le fond, j'avais raison ou tort de vouloir emmener les miens dans ces contrées : je ne me repens point à l'heure actuelle de l'interdiction qui est faite à cette « catégorie » de médecins. Mais alors pourquoi tant et tant de budgétivores désœuvrés et assoiffés d'or ont le droit d'emmener leur famille et pourquoi une exception pour ces médecins qui, plus que les fonctionnaires, vont exposer leur vie et sont de plus dépourvus de certains avantages, retraite, avancement, etc.. Jeunes médecins, si les colonies vous attirent, sachez, dès maintenant, ce que l'on ne m'a dit qu'au moment de mettre le pied sur le bateau.

Puisque vous faites la chasse aux diplômes nouveaux, chassez-donc celui-là qui m'a fait perdre deux ans bêtement à attendre qu'on veuille bien me faire prendre contact avec la mouche tsé-tsé et autres mouches.

Chassez donc encore l'innovation du Gouverneur général de l'Algérie qui vient d'instituer un pompeux concours pour obtenir les postes de médecin de colonisation.

Dans le règlement de ce concours il est accordé certains avantages aux candidats qui se trouvent dans des conditions spéciales, mais aucun à ceux

qui sont pourvus de mon fameux diplôme d'études médicales coloniales. Il n'en est même pas question. Inutile diplôme !

Et que de choses ne faudrait-il pas chasser encore !

Veuillez m'excuser, très honoré confrère, et croire à mes meilleurs et dévoués sentiments.

Dr A.

BIBLIOGRAPHIE

Guide des opérations courantes par les Drs CAMESCASSE ancien interne des hôpitaux de Paris et LEHMANN. 1 vol. in-16 avec 40 planches en photogravure, cart. 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ce Guide des opérations courantes est destiné à accompagner la collection de stéréoscopies de MM. Camescasse et Lehmann, mais forme en même temps un tout complet, et séparé; il permettra à ceux que le prix de la collection des stéréoscopies effraiera de posséder une *Médecine opératoire* illustrée de planches originales prises au cours même des opérations.

Un texte court et précis donne pour chaque opération, *Ce qu'il faut savoir*, c'est-à-dire les particularités anatomiques ou autres qu'il faut avoir présentes à l'esprit; *Ce qu'il faut avoir*, c'est-à-dire les aides et les instruments nécessaires; *Ce qu'il faut faire*, c'est-à-dire le manuel opératoire.

Voici la liste des dix opérations décrites par MM. Camescasse et Lehmann : I. Cure radicale de la hernie inguinale (dont nous avons parlé d'autre part). — II. Hystérectomie vaginale. — III. Laparotomie pour lésion unilatérale. — IV. Curettage. — V. Hystéropexie abdominale. — VI. Amputation du sein.— VII. Amputation de jambe. — VIII. Appendicite. — IX. Lipomes. — X. Hygroma sous-tricipital.

L'hygiène individuelle du soldat. — Tel est le titre d'une brochure que vient de faire paraître M. le docteur Ramally, médecin-major au 9e cuirassiers à Noyon, que nous avons l'honneur de connaître personnellement.

L'auteur prend le jeune soldat dès l'époque de son incorporation et le suit ensuite pas à pas, dans tous ses mouvements de la vie militaire : à la caserne, à la chambrée, en marche, aux manœuvres, en ville, en chemin de fer, etc. Son alimentation ainsi que la manière de se vêtir, suivant les circonstances, font également l'objet de pages très intéressantes.

Le docteur Ramally n'a oublié aucun détail de la vie de garnison. Aussi, est-ce avec la plus grande vigueur qu'il s'élève contre l'abus de l'alcool et du tabac et qu'il cherche à prémunir le jeune soldat contre les dangers qui le menacent.

Son petit livre de 42 pages sur l'*Hygiène individuelle du soldat*, est écrit d'une plume alerte, sans termes techniques, sans phrases et sans pose, mais d'une allure vive et naturelle.

C'est une étude simple, claire, à la portée de tous et à vrai dire une série de conseils pratiques donnés sous une forme paternelle.

M. Ramally a eu surtout pour but, dans ce travail sans prétention ni recherche, de se faire bien comprendre de chaque soldat même de celui qui ne possède qu'une modeste instruction primaire.

Dans ces conditions, son petit livre écrit, au courant de la plume, présente un vif intérêt pour l'armée.

Il convient de féliciter M. le docteur Ramally, qui a su faire œuvre utile, et en même temps faire acte de bon citoyen.

« Et, dit-il, à la première page, en s'adressant « *aux Petits soldats de France* » si je puis arriver à préserver une seule de vos existences, je serai amplement dédommagé de la peine que j'aurai prise à chercher à vous être de bon conseil ».

L'auteur a d'autant plus de mérite qu'il n'a pas voulu faire œuvre commerciale, mais répandre généreusement et largement sa brochure dans les bibliothèques de régiment et les corps de troupe.

Nous souhaitons que son action méritoire soit imitée par d'autres amis de l'armée.

REPORTAGE MÉDICAL

Assistance aux veuves et filles de médecins. — Le Comité de dames patronnesses que la Société centrale de l'Association générale se proposait de créer est organisé. Il comprend quatorze dames, toutes femmes ou filles de médecins membres de l'Association générale. On lui a déjà adressé les offres d'emploi ci-dessous :

1° On demande comme infirmière dans une polyclinique de province une femme ou fille de médecin. Elle serait attachée au service des maladies nerveuses et secondée par une femme de chambre. Traitement mensuel, de 40 à 50 francs suivant les aptitudes professionnelles. Chambre et nourriture confortables.

2° On demande veuve de médecin, âgée de quarante à cinquante ans, pour tenir la maison d'un monsieur veuf et servir de dame de compagnie à sa fille. Quelques connaissances musicales sont nécessaires.

Les confrères qui auraient à présenter des candidates sont priés de les adresser au siège social de la Société centrale, 5, rue de Surène.

Cours pratiques par d'anciens internes. — La série d'été 1907 comprendra les cours suivants (droit d'inscription : 40 francs) :

1° A partir du 24 *juin* :

Voies urinaires. M. Minet. Clinique, 15, rue Malebranche. Lun, mercr. vend., 1 h. 1/2.

Estomac et intestin. M. Lippmann. Sociétés savantes, rue Danton. Mar. jeu. sam., 3 h.

Obstétrique. M. Lequeux. Clinique Tarnier, rue d'Assas, Mar., jeu., sam., 6 h.

Electro-radiothérapie. M. Delherm, 1er cours, 15, rue Malebranche ; les autres à l'hôpital, M. J. S., 6 h.

2° A partir du 20 *juillet* :

Laryngologie. M. Bourgeois. — Mal. de la *peau*, M. Lenglet. — Mal. des *enfants.* M. Ball. — *Chirurgie infantile.* M. Judet. — *Chirurgie* pratique. M. Huguier. — *Gynécologie.* M. Bender. — Mal. du *s. nerveux.* M. Rose. — *Physiothérapie.* M. Esmonet. (Consulter ultérieurement l'horaire).

Outre les deux séries annuelles, d'autres cours pratiques sont organisés *toute l'année*, à la demande d'un nombre suffisant d'auditeurs.

Renseignements et inscriptions :

Dr Minet, 15, rue Malebranche ; Dr Ball, 31, rue Saint-Pétersbourg, L. M. V. 2 à 4 h. et par correspondance.

Circulaire relative à l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1907.

Paris, le 8 mai 1907.

Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1907 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

Réserve (période de quatre semaines).

Médecins-majors de 2e classe	10
Médecins aides-majors de 1re classe	65
Médecins aides-majors de 2e classe	426
Total	501

Armée territoriale (période de deux semaines).

Médecins-majors de 2e classe	29
Médecins aides-majors de 1re classe	213
Médecins aides-majors de 2e classe	77
Total	319

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1907 se répartissent entre les divers corps d'armée conformément aux indications du tableau inséré le 20 mai 1907 au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie supplémentaire).

La convocation et l'instruction des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront assurées dans les conditions fixées par l'instruction du 28 décembre 1898 sur l'administration des officiers de réserve et des officiers de l'armée territoriale (Dispositions spéciales au service de santé, art. 16, 17, 18 et 19), sous réserve des modifications ci-après :

La durée de la période d'instruction sera réduite, s'il y a lieu, pour chaque médecin de réserve ou de l'armée territoriale, dans les conditions fixées par la circulaire du 27 mars 1906 portant modifications au règlement ministériel du 16 juin 1897 sur le recrutement, la répartition, l'instruction, l'administration et l'inspection des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

Il demeure entendu que les exercices spéciaux du service de santé en campagne rentrent dans la catégorie des séances pratiques d'instruction qui, aux termes de cette circulaire, sont de nature à faire bénéficier les officiers y ayant assisté d'une réduction de la période normale d'instruction.

D'autre part, pour les médecins de réserve ou de l'armée territoriale affectés aux formations sanitaires, les directeurs du service de santé reçoivent la latitude de les convoquer, pendant une partie ou même la totalité de leur période d'instruction, dans certains centres où seraient organisées des conférences sur les règlements concernant le service de santé militaire, des démonstrations du matériel sanitaire de mobilisation et enfin, si possible, des applications sur le terrain du fonctionnement des formations sanitaires de campagne.

Ces convocations seront appliquées de préférence aux médecins aides-majors de 1re classe de réserve ou de l'armée territoriale susceptibles d'être proposés pour le grade supérieur et l'instruction pratique qui leur sera ainsi donnée pourra tenir lieu du cours préparatoire prévu par la circulaire du 22 février 1902.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont d'ailleurs autorisés à demander des changements de lieu de convocation ou des stages sans solde dans les conditions arrêtées par l'article 18 visé ci-dessus et libellé ainsi qu'il suit :

« C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

« Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

« Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet, en cas d'acceptation, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

« Ce général statue sur les demandes qui lui sont adressées après avoir pris l'avis du directeur du service de santé du corps d'armée. »

Il est entendu également que si les médecins d'un grade déterminé venaient à faire défaut, le directeur du service de santé du corps d'armée convoquerait à leur place les médecins du grade immédiatement inférieur.

Le ministre de la guerre,

G. Picquart.

Association française de Chirurgie. — Le 20e Congrès de cette Association de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le *lundi* 7 octobre 1907, sous la présidence de M. le Professeur Paul Berger, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'hôpital Necker. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *Influence des rayons de Rœntgen sur les tumeurs malignes.* Rapporteurs : MM. Béclère, de Paris ; Maunoury, de Chartres. 2° *Des transplantations nerveuses, musculaires et tendineuses dans le traitement des paralysies.* Rapporteurs : MM. Kirmisson, de Paris et Gaudier, de Lille. 3° *Des affections chirurgicales chroniques (tuberculose et Cancer) ; dans leurs relations avec les accidents du travail.* Rapporteurs : MM. Segond, de Paris ; Jeanbrau, de Montpellier. MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le docteur Walther, secrétaire général, 58, rue de Bellechasse, à Paris. Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de Chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine. Pour tous les renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 26 | Dimanche 30 JUIN 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une tentative malheureuse.

Nous tenons à soumettre à nos lecteurs la protestation suivante, à laquelle d'ailleurs nous adhérons sans réserve :

Paris, le 16 juin 1907.

Monsieur et cher confrère,

Vous avez été souvent déjà désigné comme expert en Justice de Paix. C'est pourquoi il m'a semblé qu'il y avait intérêt pour vous à connaître, — si vous ne les connaissez pas déjà, — les termes d'une toute récente circulaire de M. le Président Ditte, à MM. les Juges de Paix de Paris et du département de la Seine.

Dans cette circulaire, il est enjoint à MM. les Juges de Paix, « conformément à la décision de M. le Garde des Sceaux », de choisir *dorénavant exclusivement* leurs experts parmi les médecins possédant le diplôme de l'Institut de Médecine légale et de Psychiâtrie dont la liste leur a été en même temps fournie.

Vous savez, mon cher confrère, ce qu'est l'Institut de Médecine légale et de Psychiâtrie.

Vous n'ignorez pas que sa fondation est de date récente, et que les conditions dans lesquelles est donné le diplôme final, l'assiduité aux cours quotidiens rigoureusement exigée, en rendent l'accession absolument impossible à tout médecin possédant une clientèle ; de fait, la liste remise à MM. les Juges de Paix comprend 7 noms pour la promotion de 1904, 4 pour la promotion de 1905 et 2 pour la promotion de 1906. Tous ces confrères sont évidemment très méritants et très dignes sans doute d'être nommés experts : mais ils sont pour la plupart tout récemment en possession du titre de docteur en médecine.

Dans ces conditions, ne vous semble-t-il pas, mon cher confrère, que la mesure prise par M. le Garde des Sceaux est absolument arbitraire, illégale et injurieuse pour nous autres.

Comment, il nous a été donné, avec notre diplôme de Docteur en Médecine, le droit d'exercer librement toutes les branches de notre art, et aujourd'hui, sans raison justifiable, on vient nous dire que nous sommes inaptes à faire de la médecine légale.

Ne pensez-vous pas que cette limitation de nos droits est tout à fait abusive, qu'elle blesse profondément notre amour-propre professionnel. Quoi, un juge de paix n'aura pas le droit de donner sa confiance à qui il lui plaît, et si, par exemple, il désire faire appel à tel ou tel maître connu et estimé, il n'en aura pas le droit parce que, d'ordre de M. le Garde des Sceaux, il ne peut faire appel qu'aux lumières d'un médecin possesseur d'un diplôme arbitrairement créé sans aucune sanction légale !

Que dirions-nous si demain le titulaire de n'importe quelle chaire se mettait en tête de créer un institut pseudo-officiel de spécialistes, en dehors desquels le droit d'exercer telle ou telle spécialité serait interdit à tout médecin non diplômé par le dit Institut !

Mais il est une considération plus grave encore, me semble-t-il ? En admettant que, pour l'avenir on puisse à titre d'indication conseiller à MM. les Magistrats de placer de préférence leur confiance dans les médecins possesseurs dudit diplôme, comment justifier ce déni des droits en quelque sorte acquis par les médecins, qui comme vous, mon cher confrère, bénéficient de la confiance de certains juges de paix ? Depuis quand, une mesure nouvelle quelconque a-t-elle effet rétroactif ? Et puisqu'on nous demande aujourd'hui un diplôme spécial de médecine légale créé postérieurement à notre installation, pourquoi ne nous demande-t-on pas également la possession du P. C. N. ou de tout autre examen qu'il plaira à tel ou tel professeur de créer.

J'ose espérer, mon cher confrère que vous pensez comme moi sur ces différents points, et c'est pourquoi je viens vous demander si vous ne jugez pas opportun de faire une démarche de protestation collective, ayant pour but au moins de sauvegarder les droits acquis et la dignité du diplôme qui nous a été remis.

Si telle est votre opinion, je vous serais obligé de vouloir bien m'en prévenir. Nous sommes une quarantaine au moins de médecins lésés par la décision de M. le Garde des Sceaux. Nous pourrions nous réunir prochainement dans le but de décider quelles démarches peuvent être tentées. Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr Z......

La circulaire du Président Ditte avait été suggérée par quelques...confrères, dûment pourvus du fameux diplôme, et munis déjà de lucratives prébendes. Il s'agissait tout simplement de truster en quelque sorte les expertises de justice de paix, c'était simple, facile et rémunérateur ; il suffisait de faire passer le mot d'ordre, et les médecins qui depuis 1898, s'acquittaient de leurs fonctions en toute droiture, compétence et loyauté eussent été évincés pour le plus grand profit de nouveaux venus qui, à défaut d'expérience reconnue, apportaient la référence bien récente d'un diplôme « arbitrairement créé et sans sanction légale». Le Conseil de l'Union ne pouvait se désintéresser de la question, et accepter sans mot dire la spoliation des confrères dont les droits sont acquis par des services dont personne jusqu'alors ne suspectait l'excellence, aussi l'ordre du jour suivant fut-il unanimement voté.

Le Conseil de l'Union considérant que le diplôme de Médecine légale et de psychiâtrie ne vise que la connaissance des cas de médecine légale, d'ordre criminel surtout, et de médecine mentale; que d'autre part, les cas soumis aux tribunaux de paix sont d'une diversité très grande, intéressant tantôt la médecine, tantôt la chirurgie, tantôt l'oculistique, tantôt l'otologie, etc., et qu'un médecin, fût-il diplômé, ne peut avoir une compétence constante et universelle ;

Qu'il est dangereux de créer pour une petite catégorie de médecins un monopole qui lèse un grand nombre de leurs confrères et qui ne peut rendre service à la bonne distribution de la justice ; demande : que liberté soit laissée aux juges de paix de choisir pour chaque cas particulier le médecin qui leur paraît le plus compétent ;

Que le diplôme de médecine légale et psychiâtrie ne soit considéré que comme un titre ayant sa valeur dans la spécialité à laquelle il se réfère, que, d'autre part, soit généralisée, pour les experts de justice de paix, la circulaire de Monsieur le Président Ditte *mettant les experts en demeure de choisir entre leurs fonctions d'experts, et celles de médecins de collectivités ou de patrons soumis à la loi sur les accidents du travail et ce*, en application du grand principe juridique qui veut que l'on ne puisse être juge et partie ;

Et, enfin, que tout expert soit tenu de déclarer, au début de son rapport et sous la foi du serment *qu'il n'est médecin d'aucune compagnie dont les intérêts généraux peuvent être en discussion dans l'espèce plaidée.*

Nous venons d'apprendre qu'à la suite de ce vote, M. le Garde des Sceaux *fera faire* une rectification spécifiant que les accidents du travail ne sont pas visés par les termes de cette circulaire. Le *Concours* en prend acte et l'on pense bien qu'il ne sera pas le dernier à offrir l'hospitalité à cette rectification.

Mais cette tentative de formation d'un monopole nouveau ne constitue-t-elle pas encore une leçon de choses surajoutée à tant d'autres, et l'état d'esprit qu'elle dénote ne justifie-t-il pas l'existence des Commissions permanentes, issues du Congrès des Praticiens.

Dr R. Daverne.

Un appel du Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens.

Le Comité de Vigilance, issu du Congrès des praticiens, considérant : 1° qu'il a pour mission de poursuivre la réalisation des vœux exprimés par le Congrès ; 2° que son action aura d'autant plus de force, que la cohésion médicale sera plus générale à la fois et plus étroite ; considérant, d'autre part : 1° que la diffusion des idées d'union, de solidarité et de défense nécessaire est liée, pour une grande part, à la propagande active, incessante de la presse professionnelle ; 2° que certains organes médicaux, loin de servir la cause du praticien, ont opposé—soit en critiquant, soit en *ignorant*, d'une manière systématique, le soulèvement médical, le congrès et ses travaux—une hostilité de principe à ses inspirations les plus légitimes ; conclut : tout médecin praticien, syndiqué ou non, est instamment prié, dans l'intérêt supérieur de la démocratie médicale, de ne plus accorder de subsides, sous formes d'abonnements, à une presse qui le dédaigne en attendant qu'elle le trahisse, et, par contre, de donner tout son appui aux organes dévoués qui ont ouvertement pris sa défense.

LA SEMAINE MEDICALE

L'atoxyl contre la syphilis.

Depuis quelques mois, il n'est question que du nouveau traitement de la syphilis par l'atoxyl ou *anilarsinate de soude*. Le Dr Paul Salmon est un de ceux qui ont le plus contribué à mettre en vogue ce nouveau mode de traitement. Il a employé systématiquement chez un certain nombre de syphilitiques l'arsenic seul ; les résultats obtenus sont des plus encourageants et l'on peut, à propos de l'arsenic, prononcer le terme de médicament spécifique de la vérole. La tendance vers la guérison se manifeste, déjà visible, trois jours après une seule injection de 0 gr. 50 d'atoxyl ; en moins de deux semaines, la guérison est complète, au moins aussi rapidement obtenue qu'avec le mercure.

D'autre part, l'atoxyl présente sur le mercure et l'iodure de potassium une supériorité ; la non toxicité générale et locale. Chez ses malades traités, il n'a observé aucun accident d'intolérance avec 3 grammes d'atoxyl en une semaine. Localement, l'injection ne provoque ni douleur, ni induration, ni abcès, aucune des réactions provoquées par l'action caustique des sels de mercure sur les tissus humains.

Cette méthode de traitement de la syphilis par l'arsenic présente donc un grand intérêt pour la pratique médicale.

M. Hallopeau a récemment fait un rapport à l'Académie sur les résultats de ce traitement :

1° Il résulte de 120 observations que l'anilarsinate de soude exerce, comme l'a établi M. Paul Salmon, une action puissante sur l'agent infectieux de la syphilis ;

2° La thérapeutique est en possession, contre la syphilis, d'un troisième agent spécifique, égal, si ce n'est supérieur, à ses aînés ;

3° Les infections secondaires associées, telles que celles qui donnent lieu aux condylomes végétants et à certaines suppurations, semblent lui être réfractaires ;

4° Il en est de même des deutéropathies syphilitiques ; on l'a constaté pour la langue et pour l'hémiplégie ; on peut prévoir qu'il en est de même pour le tabes et la paralysie générale ;

5° On arriverait très probablement à guérir la vérole comme on paraît guérir la maladie du sommeil, par les injections d'anilarsinate de soude, si l'on pouvait assez longtemps les renouveler à doses suffisantes ;

6° Malheureusement, il n'en est rien, et constamment l'on est arrêté, après un nombre variable de ces injections, par des accidents d'intolérance ;

7° Ces accidents consistent en des douleurs gastro-intestinales, des nausées, des vomissements, du malaise général, des sensations pénibles dans les membres, de la dysurie et même, à un degré plus élevé, par des lipothymies et de l'algidité ; le plus souvent bénins et passagers, ils peuvent exceptionnellement prendre un caractère très pénible ;

8° On peut éviter ces accidents en limitant à un petit nombre les injections, en n'employant les doses élevées que pour les deux premières, en espaçant les suivantes et en les arrêtant dès l'apparition de sensations anormales;

9° Les vieillards, les sujets de très petite taille et les malades atteints d'affections organiques y sont prédisposés et doivent recevoir des doses moindres ;

10° Des doses administrées successivement s'accumulent dans l'organisme.

Il en résulte que l'on peut maintenir le malade sous l'influence du médicament avec des doses moins élevées que celles de l'injection initiale ;

11° Il est très probable que l'anilarsinate de soude introduit dans l'organisme s'y dissocie au bout d'un certain temps en produits toxiques ; on ne peut s'expliquer autrement le début fréquemment soudain, sans aucun phénomène prémonitoire, des accidents ; la rapidité et l'activité plus ou moins grande de cette dissociation expliquent les différences dans la tolérance ; il y aura lieu de rechercher des composés plus stables ;

12° Le médicament s'élimine assez rapidement ; au bout de quinze jours, on n'en trouve pas trace dans les urines, et l'on peut recommencer sans danger, suivant M. Salmon, une nouvelle cure ; des recherches ultérieures viendront montrer dans quelle mesure, on pourra renouveler les séries d'injections, sans donner lieu à des accidents d'arsénicisme chronique, et si elles pourront créer une immunité semblable à celles des arsénicophages ;

13° Est-il possible de déterminer quelle est la part de l'aniline et celle de l'arsenic dans la genèse de ces accidents ? Cette dernière est certainement prépondérante ;

14° Les premières recherches ont dû être faites, pour la démonstration de l'activité microbicide de l'anilarsinate, indépendamment de toute autre médication locale ou générale ; dorénavant, il y aura lieu d'administrer concurremment le mercure et l'iodure,suivant les règles prescrites ;

15° L'action locale directe de l'anilarsinate de soude n'est pas encore établie ; il est cependant indiqué de pratiquer des injections au voisinage, d'une part, du chancre induré, de l'autre, des gommes, des exostoses et des syphilides ulcéreuses tertiaires ;

16° L'anilarsinate de soude administré après un rapport infectant peut, d'après les expériences, chez les macaques, de MM. Metchnikoff et Salmon, faire avorter la maladie.

« *Il est recommandé, dans la pratique médicale courante, d'employer des doses de* 50 *centigrammes répétées tous les* 2 *jours, pendant* 2 *à* 3 *semaines, par des solutions de* 10 *à* 15 %. »

Les paludéens à Vichy.

D'après M. le Dr Tissier, la question de savoir si l'on doit envoyer les paludéens à Vichy ne se pose même pas ; mais il faut choisir le moment de la maladie et l'époque les plus favorables, pour que ces malades tirent le plus grand bénéfice possible de leur séjour dans cette station. Avant de leur faire faire une cure, on devra, autant que possible, laisser les malades s'acclima-

ter quelque temps en France, éviter de les envoyer quand les accès sont encore fréquents ou violents, et ne pas oublier que si les eaux sont sans action sur les hématozoaires, les conséquences du paludisme, et particulièrement l'anémie paludéenne, seront grandement améliorées, sinon guéries, par une ou plusieurs saisons thermales. Quant à l'époque à laquelle les paludéens devront user des eaux, M. Tissier pense que la période la plus favorable est celle des chaleurs, c'est-à-dire juillet et août ; ces malades sont plus aptes que qui que ce soit à supporter une période que nous recommandons ordinairement aux autres malades d'éviter ; ils courront moins de risques au moment des sautes brusques de température qui se produisent quelquefois dans cette station, et qui, chez eux, réveillent si facilement des accès de paludisme.

Epilepsie ou hystérie.

A l'une des dernières séances de la Société d'hypnologie et de psychiatrie, M. PAMART a présenté un malade qui fut soigné par divers médecins comme épileptique et qui est aujourd'hui pratiquement guéri de ses crises par la méthode hypnothérapique. Donc, certains cas présentant tous les caractères de l'épilepsie peuvent se rapporter à l'hystérie épileptiforme. L'hypnotisme est un moyen ultime de diagnostic, comme aussi de traitement. Il faudrait, dans l'intérêt des malades, soumettre à cette épreuve tous les épileptiques ou soi-disant tels, tant est imprécise la limite théorique qui sépare l'hystérie épileptiforme de l'épilepsie vraie.

D'après M. MAGNIN, même chez l'épileptique vrai, l'hypnotisme est utile, car il le rend moins émotif et diminue l'action des causes occasionnelles de ses crises.

M. BÉRILLON ajoute : L'hypnotisme accroît aussi, chez l'épileptique, la volonté, l'empire sur soi, la force de la résistance. Bon nombre de remèdes populaires recommandés contre l'épilepsie n'ont d'autre valeur que celle que leur confère la suggestion dont on les accompagne. Quant au traitement bromuré intensif, il a trop souvent pour résultat de diminuer progressivement l'intelligence, la mémoire et la volonté.

La surveillance du système nerveux des syphilitiques

Dans un très intéressant article de la *Rev. des Hôpitaux*, M. le Dr MILIAN attire l'attention des praticiens, comme l'a d'ailleurs déjà fait le professeur FOURNIER, sur la nécessité de surveiller le système nerveux des syphilitiques. Chaque année, on peut le dire, on découvre de nouveaux liens de parenté entre la syphilis et bon nombre de maladies nerveuses. C'est, assurément, le système de l'organisme que la syphilis atteint le plus fréquemment. D'après M. Fournier sur 5.762 déterminations morbides de la syphilis, on a noté 1.851 cas de syphilis nerveuse et seulement 1620 cas de syphilides cutanées.

Parmi ces 1.851 cas de syphilis nerveux, le cerveau est l'organe le plus atteint ; 758 cas de syphilis cérébrale et 86 de paralysie générale. Le tabès vient ensuite avec 628 cas, la syphilis médullaire avec 136, les paralysies oculaires avec 110, etc.

Leur date d'apparition, leur échéance est celle des accidents dits tertiaires, c'est-à-dire à tout âge de la maladie, aussi bien à la première qu'à la trentième année de celle-ci, avec une prédominance portant de la 3e à la 10e année.

Mais, il faut bien se pénétrer du fait que cette période des dix premières années n'est qu'une période de prédominance et non une période de terminaison. Il ne faudrait pas que le syphilitique qui a doublé le cap de la 10e année se croie désormais à l'abri de tout accident et que son médecin l'entretienne dans cette croyance.

Or il est possible de prévoir l'apparition de ces accidents et, parallèlement de les enrayer ? Ne peut-on diminuer cette effroyable invasion du cerveau et de la moelle ? Ne peut-on donner aux malades une sécurité morale véritable au lieu de cette appréhension perpétuelle de l'apoplexie, de la folie ou du gâtisme ?

Evidemment si. Mais il faut que le malade se surveille et que son médecin le surveille avec minutie. Cette surveillance doit être pratiquée de deux façons différentes : à l'apparition de symptômes fonctionnels et à époques fixes.

Au moindre symptôme douloureux suspect, le malade doit interroger le médecin, pour savoir s'il n'y a pas là quelques rapports avec la syphilis.

A époques fixes, tous les six mois, par exemple, le malade doit venir se faire examiner par son médecin d'une manière systématique, afin que celui-ci recherche s'il n'y a pas quelque symptôme en évolution.

Le médecin recherchera l'existence de la céphalée persistante, des douleurs fulgurantes, de l'insomnie, mais surtout, l'état des réflexes. Cet examen *somatique* doit être pratiqué à date fixe et, d'une manière méthodique, tous les six mois.

« Pour la syphilis, ce sont les réflexes rotuliens et achilléens, ainsi que l'état des pupilles qui intéressent le plus. Ce sont donc ceux qu'il importe surtout d'examiner.

« La disparition des réflexes rotuliens est un signe classique de l'invasion du tabès. L'exagération de ces mêmes réflexes qui va quelquefois jusqu'au spasme est également souvent l'indice d'un invasion de la moelle par la syphilis.

« Le réflexe achilléen, ainsi que l'a montré Babinski, disparaît encore bien plus précocement que le réflexe rotulien dans le tabès. Sa disparition est souvent unilatérale.

« Ces deux réflexes tendineux, rotulien et achilléen, sont pour ainsi dire le critérium de l'état de la moelle.

« Les *pupilles* sont d'un examen précieux. Leur déformation et leur inégalité, *à condition qu'elles ne soient pas en rapport avec une lésion locale antérieure, telle qu'iritis ou traumatisme*, sont souvent l'indice d'une syphilis évoluant vers les centres. La déformation de la pupille qui, de régulièrement ronde, devient oblique, ovalaire par exemple, est souvent l'indice d'une paralysie générale imminente. Mais, par-dessus tout, c'est le signe d'*Argyll Robertson*, dont la valeur séméiologique a été pour la première fois indiquée par Babinski, qui est le témoin d'une lésion cérébrale ou cérébro-spinale en évolution. On ne

considère plus, en effet, aujourd'hui, ce signe comme symptôme obligatoire de tabès ou de paralysie générale. Il peut manquer dans ces deux affections, dans la deuxième surtout. C'est un signe de syphilis nerveuse, qui existe souvent à l'état isolé, premier symptôme de la lésion cérébro-spinale. Plus tard survient la paralysie générale ou la syphilose cérébrale, comme on voit certaines syphilides cutanées cicatrisées depuis longtemps devenir le point de départ de syphilides ulcéreuses.

« Enfin si l'on a quelques doutes sur la nature des accidents présentés par un sujet, il y a toujours la ressource de la *ponction lombaire*. Cette petite intervention aidée de l'examen microscopique du liquide céphalo-rachidien fournit des renseignements d'une valeur incontestable pour apprécier l'invasion du système nerveux par la syphilis. La constatation d'une lymphocytose, céphalo-rachidienne en est le témoin irrécusable, et l'on pourrait dire le seul vraiment bon et mathématiquement sûr, puisqu'il réalise une véritable biopsie des méninges. La lumboponction permet en même temps de se rendre compte de l'influence du traitement sur la lésion nerveuse, puisque la lymphocytose peut disparaître grâce à celui-ci. Si la ponction lombaire ne présentait souvent quelques inconvénients désagréables, ce serait la conduite idéale, la seule vraiment scientifique et sûre, que de ponctionner systématiquement chaque six mois, par exemple, les syphilitiques, afin de surprendre les accidents nerveux dès leur début et d'instituer le traitement convenable à la naissance des lésions, c'est-à-dire avant toute destruction du parenchyme nerveux ».

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin

L'examen clinique du chimisme stomacal.

Au lit du malade et dans les leçons que je fais à l'amphithéâtre, vous m'entendez souvent parler du chimisme stomacal et des divers renseignements qu'il fournit au médecin.

Vous vous figurez peut-être que la détermination de ce chimisme stomacal est une question ardue, nécessitant un laboratoire et des connaissances techniques étendues. Rien n'est plus exagéré et je voudrais précisément, aujourd'hui, vous démontrer qu'avec un matériel très simple on peut arriver à tirer de l'examen du contenu gastrique les déductions principales qu'il comporte.

Un mot, tout d'abord, sur la valeur du chimisme stomacal en clinique. De nos jours, dans bien des cas, l'examen du contenu gastrique n'est pas absolument indispensable pour poser le diagnostic d'un état dyspeptique. Au fur et à mesure que le chimisme de l'estomac a été étudié, en effet, on est arrivé à rapprocher des résultats de l'analyse du suc gastrique un certain nombre de symptômes, de syndromes purement cliniques, qui suffisent souvent à traduire extérieurement cette analyse. L'examen du chimisme stomacal n'a plus, par conséquent, l'importance qu'il a eue dans le passé : il n'en reste pas moins un excellent moyen de contrôle, toujours utile, et indispensable dans les cas embarrassants et controversés.

Il est des malades chez lesquels la recherche du chimisme gastrique ne doit pas être faite. Vous ne la ferez pas chez les sujets qui ont des hémorrhagies stomacales, car le sondage expose alors à des gastrorrhagies parfois mortelles. Vous ne la ferez pas, en principe et sauf circonstances exceptionnelles, dans le cancer de l'estomac, où le cathétérisme peut déterminer des perforations stomacales. Vous sonderez le moins possible les névropathes, pour qui le passage de l'instrument est fréquemment l'occasion de réflexes pénibles. Vous ne sonderez jamais les malades atteints d'angine de poitrine. Rien ne ressemble à l'angine de poitrine vraie, comme les fausses angor pectoris d'origine gastrique. Vous établirez le diagnostic par l'ensemble des symptômes et des signes objectifs, mais vous vous abstiendrez d'employer la sonde. Vous ne pratiquerez le cathétérisme de l'estomac, chez les gens convaincus de lithiase biliaire, qu'avec de grandes précautions : cette petite intervention est susceptible de provoquer une crise de coliques hépatiques. Sachez enfin que, parmi les accidents pouvant succéder au sondage, il faut ranger les accès tétaniques : on les a observés, dans de rares circonstances heureusement, chez des malades atteints de sténose pylorique.

Le repas d'épreuve que nous avons adopté est le suivant : un grand verre d'eau, avec 60 grammes de pain et la moitié d'un œuf, sans le jaune. Ce repas s'inspire de l'alimentation habituelle ; il renferme des féculents et des albuminoïdes.

On laisse ces aliments une heure dans l'estomac. Le repas, pris à 8 h. du matin je suppose, est extrait à 9 heures. Certains auteurs attendent beaucoup plus longtemps : à notre avis, une heure suffit pour déterminer ce que nous voulons savoir, l'acidité et la valeur digestive du suc gastrique étudié.

Comment se pratique l'extraction ? Les procédés utilisés à cet effet sont nombreux. J'emploie un appareil très simple composé d'un tube de caoutchouc adapté à un flacon de verre. Le tube de caoutchouc (prenez un gros tube de préférence) porte à sa partie moyenne un anneau qui indique la distance à laquelle il faut faire pénétrer le tube. Le flacon de verre, outre la tubulure où s'abouche le caoutchouc, présente un orifice latéral libre que l'on obture avec le doigt quand on veut faire le vide, et un goulot fermé par une poire de caoutchouc formant pompe. Cette pompe est douce et ne fait pas une aspiration brusque, comme l'appareil de Küssmaul.

Le malade étant assis, la tête inclinée en arrière, vous introduisez le tube ; celui-ci doit descendre tout seul ; moins on force, mieux il pénètre. Une fois le tube dans l'estomac, vous pratiquez le vide. Pour cela, vous exprimez la poire,

vous mettez ensuite un doigt sur l'orifice latéral du flacon et vous laissez la poire se regonfler. Le contenu stomacal, ainsi aspiré, vient s'écouler dans le flacon de verre.

Quels sont les accidents de l'extraction? Il en est plusieurs, qui tiennent, les uns au malade, les autres à l'état du produit de la digestion gastrique.

Chez certains sujets, la sonde provoque, par excitation, une hyperproduction de salive. Le malade ayant la tête inclinée en arrière, cette salive s'accumule dans le pharynx où elle peut provoquer des accès de suffocation. Pour y remédier, vous direz au patient de mettre la tête en avant et d'ouvrir la bouche : la salive s'écoule au dehors.

Il est des malades dont le pharynx hyperesthésique ne tolère pas et repousse la sonde. Ceci est rare et ne se voit guère plus d'une fois sur 100. En pareil cas, nous faisions jadis un badigeonnage préalable du pharynx avec une solution concentrée de bromure de potassium. Aujourd'hui, nous nous servons plus avantageusement du chlorhydrate de cocaïne, en solution à 1/100.

Autre accident : le réflexe nauséeux qui se produit parfois au moment où le tube arrive dans l'estomac. Ce réflexe rejette souvent le tube. Mais, en même temps que le tube, le repas d'épreuve lui-même est expulsé et on pourra recueillir le liquide du vomissement. Aussi, dans cette prévision, vous devrez toujours avoir, à portée, une cuvette.

Quatrième accident : l'enroulement du tube dans le pharynx. L'enroulement en question ne s'observe qu'avec des petits tubes ; il ne se produit jamais avec de gros tubes.

Il est un autre groupe d'accidents tenant à ce que le malade a mal mâché ou mal digéré. Les masses alimentaires n'étant pas dissoutes s'introduisent dans les yeux de la sonde. Vous avez beau pomper, il ne vient rien. Pour libérer les yeux de la sonde, on presse sur la poire en tenant un doigt sur l'orifice latéral. On chasse ainsi les bouchons alimentaires et les yeux de la sonde se trouvent désencombrés.

Le repas est extrait. Commencez par faire un examen macroscopique du contenu gastrique. Vous appréciez, en premier lieu, la quantité de liquide. Elle s'élève généralement à 50 gr., 100 gr., 150 gr., au plus. Au-delà de ce chiffre, concluez à la stase gastrique, ou à l'hypersécrétion. S'il s'agit de stase gastrique, le liquide présente une odeur fétide, butyrique, de fermentation, car le repas d'épreuve a été introduit dans un estomac contenant des aliments des repas précédents, aliments qui ont fermenté. S'il s'agit d'hypersécrétion, celle-ci étant récente, il n'y a pas eu de fermentation et le liquide n'a pas d'odeur désagréable.

Le liquide gastrique, placé dans un verre, dépose au bout de quelques instants et se sépare en deux couches. Trouvez-vous des fragments non digérés, voyez si ce sont des fragments d'œuf ou de pain. La présence de fragments d'œuf conduit à l'idée d'hypochlorhydrie. La présence de petites bulles de gaz fait penser à des fermentations gastriques. Regardez, enfin, obliquement le liquide. Si vous voyez à sa surface une masse grumeleuse, gélatineuse, plus ou moins épaisse, de mucus, concluez au catarrhe gastrique probable. Au contraire, est-ce un mucus de consistance visqueuse, il y a des chances pour qu'il s'agisse simplement de salive déglutie.

Cet examen macroscopique terminé, jetez le liquide sur un filtre. La filtration se fait vite dans l'hyperchlorhydrie ; elle est de rapidité moyenne dans l'hypochlorhydrie et elle est lente dans le catarrhe gastrique. Vous tirez, de là, quelques notions intéressantes pour le diagnostic.

Le liquide filtré ne présente pas de coloration dans l'hyperchlorhydrie ; il n'est guère plus teinté dans l'hypochlorhydrie ; il est jaunâtre quand il y a stase gastrique. Dans le cas de reflux de la bile dans l'estomac par suite de spasme duodénal, la coloration est jaune ou verte (jaune lorsque l'acidité est faible, verte dans le cas contraire). L'examen vous révèle également la présence de sang, récent ou ancien, dans le suc stomacal.

Reste à acquérir la série des renseignements d'ordre chimique.

Cherchez la réaction du liquide avec le papier de tournesol.

Puis, allant plus loin, déterminez les éléments constitutifs de l'acidité gastrique. Les facteurs de cette acidité sont, vous le savez, l'acide chlorhydrique libre ou combiné aux albuminoïdes, et les acides de fermentations l'acide lactique, l'acide butyrique, l'acide acétique, auxquels il faut joindre les biphosphates à fonction acide.

Le plus important est l'acide chlorhydrique libre. Quels sont les procédés à l'aide desquels on peut le caractériser ? Le premier procédé est celui du violet de méthyle faible. Dans un tube contenant une solution de violet de méthyle faible, on ajoute quelques gouttes du contenu gastrique. Immédiatement, l'acide chlorhydrique traduit sa présence par une coloration bleue manifeste. Le deuxième procédé est celui de la phloroglucine vanilline (réactif de Günsbourg) composé de 2 gr. de phloroglucine et 1 gr. de vanilline pour 100 gr. d'alcool absolu. Il faut préparer ce réactif d'avance, mais pas trop longtemps d'avance. On met dans une capsule de porcelaine deux gouttes de réactif, un peu de liquide gastrique et l'on chauffe : à la périphérie, là où l'évaporation laisse une tache, on voit une coloration rouge. La réaction peut manquer quand le liquide stomacal renferme trop de peptones.

Ces moyens de déceler l'hyperchlorhydrie ne sont pas les seuls. Il est un procédé très simple, d'emploi très facile, qui ne nécessite aucun accessoire. Pour le praticien, c'est déjà trop d'emporter des tubes, des réactifs, une capsule de porcelaine. Avec un simple papier, le papier du Congo (c'est un papier trempé dans du rouge du Congo), que l'on peut toujours avoir sur soi, dans un portefeuille, le praticien est à même de se renseigner et d'apprécier le chimisme chlorhydrique de l'estomac, soit qu'il aît fait prendre un repas d'épreuve, soit, à la rigueur, qu'on lui soumette le liquide d'un vomissement. Sous l'influence de l'acide chlorhydrique, le papier du Congo, de rouge, devient bleu-violet. Quand ce sont des acides de fermentation, il passe au violet presque noir.

Comment reconnaît-on l'acide lactique et, en bloc, les acides de fermentation ? On fait un mélange de perchlorure de fer et d'eau et l'on introduit ce liquide, dont la teinte est jaune claire, dans un tube à essai. L'acide lactique augmente la coloration jaune dans des proportions nota-

bles. L'acide butyrique donne une réaction semblable, moins accentuée.

Un deuxième moyen est le réactif d'Uffelmann. Il se prépare en ajoutant une ou deux gouttes de perchlorure de fer à 100 gr. d'une solution d'acide phénique au centième. Ce réactif est violet : avec l'acide lactique, il devient jaune.

La présence de l'acide butyrique dans le suc gastrique est facile à constater. Il suffit de sentir l'odeur, caractéristique et pénétrante, de beurre rance. Il en est de même de l'acide acétique, reconnaissable à son odeur de vinaigre. En outre, si vous mélangez 5 cent. cubes de liquide gastrique avec 5 cent. cubes d'alcool, que vous ajoutiez 2 gouttes d'acide sulfurique, il se dégagera une odeur d'ananas au cas d'acide butyrique,et une odeur de pomme de reinette au cas d'acide acétique.

L'acidité du produit gastrique étant déterminée, on doit rechercher ensuite comment s'est faite la digestion des albuminoïdes et des féculents.

Deux mots sur l'évolution des albuminoïdes dans l'estomac. Le fragment d'œuf, arrivé dans l'estomac, est d'abord dissous par l'acide chlorhydrique qui le transforme en syntonine. La pepsine agit sur cette syntonine pour la transformer en propeptones, puis en peptones. Il faut donc que nous sachions combien d'albumine est parvenue à la première étape (syntonine), à la seconde étape (propeptone) et à la troisième étape (peptone).

L'albumine qui n'a pas subi l'action de l'acide chlorhydrique se décèlera par sa coagulabilité sous l'influence de la chaleur. Si en chauffant le liquide, il y a un trouble, c'est qu'il reste de l'albumine non modifiée.

Pour étabiir s'il reste de la syntonine, vous ajoutez au suc gastrique une solution de soude, jusqu'à saturation de l'acidité. La syntonine, soluble en milieu acide, se précipite et donne un trouble à la neutralisation.

La recherche de la propeptone se fait par l'addition, au liquide gastrique, d'une solution de chlorure de sodium saturée à froid et d'une goutte d'acide acétique. La propeptone — s'il y en a — se précipite : l'importance du précipité est en rapport avec la quantité de propeptone non transformée.

La recherche de la peptone est simple également.En ajoutant, à 2 ou 3 cent. cubes de suc gastrique, une goutte de liqueur de Fehling, la coloration devient rose-violet : c'est la réaction de la peptone (probante à condition que le liquide soit débarrassé des propeptones qui offrent une réaction semblable). Vous versez de la liqueur de Fehling jusqu'à ce que la teinte rose-violet disparaisse, jusqu'à ce que le mélange se maintienne bleu. Vous lisez sur la burette le nombre de divisions de liqueur employées ; elles mesurent proportionnellement la quantité de peptones contenues dans le suc gastrique examiné. Généralement, pour qu'une digestion soit bonne, il faut parties égales de chaque liquide. A l'état normal, un cent. cube de liqueur de Fehling donne une teinte bleue avec un cent. cube de produit gastrique du repas d'épreuve. S'il faut moins de liqueur de Fehling, c'est qu'il y a moins de peptone. Cette insuffisance de la peptonisation peut tenir à l'hyperacidité, à l'hyperchlorhydrie. La pepsine agit en milieu acide, mais il est nécessaire qu'il n'y ait pas trop d'acide. Il y a une quantité d'acide optima. Quand elle est dépassée en plus ou en moins, la pepsine agit moins bien.

Nous sommes ainsi fixés sur la valeur digestive de l'estomac à l'égard des albuminoïdes. Nous allons faire la même étude pour les féculents.

L'amidon passe par différents stades (érythrodextrine, maltose, sucre) dans la digestion.

Comment rechercher le sucre ? En chauffant avec de la liqueur de Fehling. Pour qu'il y ait digestion suffisante, il faut que la réduction soit immédiate et abondante.

L'amidon est-il entièrement transformé en sucre ? Ajoutons au suc gastrique deux gouttes d'eau iodée. S'il y a encore de l'amidon, on obtient une teinte bleue ; s'il y a de l'érythrodextrine une teinte violet-rose ; si tout a disparu, pas de coloration du tout.

Dernier point. Recherche de la mucine, indice de sécrétion muqueuse catarrhale. C'est une réaction élémentaire. On ajoute une goutte d'acide acétique : y a-t-il de la mucine, le liquide se trouble.

Je vous parlerai une autre fois du dosage de ces divers produits (HCl, peptones, sucre, etc.). Ces dosages n'exigent pas, non plus, de grandes connaissances chimiques. Ils peuvent être achevés, comme je vous le montrerai, en moins de cinq minutes.

Vous voyez que, en définitive, quelques minutes suffisent au médecin pour faire un examen complet du chimisme stomacal.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

PRATIQUE MÉDICALE

Le cri chez le nourrisson.

Dans une leçon clinique originale et d'un grand intérêt au point de vue pratique, leçon reproduite dans la *Revue pratique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, M. CARRIÈRE (de Lille) étudie le cri chez le nourrisson.

Le cri, expiration bruyante et prolongée, est la traduction objective d'un besoin, d'une sensation pénible, d'une souffrance. Il est deux classes de cri : le *cri physiologique*, le *cri pathologique*.

A la première variété appartiennent le *cri de la naissance*, le *cri de la faim* ; examiner les seins de la nourrice, peser les tétées, faire analyser le lait; l'enfant affamé urine peu, est constipé ; ne pas confondre le *cri de l'affamé* avec le *cri du boulimique*.

Les *cris de douleur* sont surtout dus à la dentition (âge, l'enfant mâchonne ses doigts, bave, crie si l'on touche ses gencives qui sont enflées). La douleur est généralement calmée par le sirop Delabarre ou le collutoire suivant :

Chlorhydrate de cocaïne..		0 gr. 05 ctg.
Laudanum de Sydenham.		1 gramme.
Sirop de safran..........	ãã	5 grammes.
Glycérine................		

En cas d'échec, ne pas hésiter à inciser la gencive si la dent est prête à percer. Il est des *enfants criards*, naturellement criards. Ne poser ce

diagnostic qu'après avoir éliminé toutes les causes physiologiques et pathologiques.

Le *cri est-il pathologique, lié à un état maladif ?*

L'*érythème fessier* fait crier le bébé de façon continue jusqu'à ce qu'il soit pansé, asséché (poudre de talc) ; de même, les *abcès chauds*, les *suppurations du cordon*, les *mammites*, provoquent des cris incessants.

Si l'on ne trouve rien, il faut chercher avec attention du côté du *système osseux* dont les affections provoquent des cris continuels et exaspérés par le moindre mouvement, d'une grande intensité. Les *articulations* seront toutes aussi passées en revue. L'enquête est-elle négative ? Explorez les régions à *ganglions* ; une adénite nous donnera la clé du mystère ; palper avec soin tout le système musculaire ; le diagnostic du *torticolis* n'est pas facile à faire.

L'enfant ne crie qu'au moment de la tétée : si l'on examine bien la bouche, on y trouvera une *éruption dentaire*, une *stomatite apteuse herpétique*. La bouche est saine ; l'enfant crie au moment de la déglutition qui se fait difficilement ; le bébé a vraisemblablement une *angine*.

Mais la cause la plus fréquente des cris chez le nourrisson existe dans les *troubles gastro-intestinaux*.

Les cris *dyspeptiques* se produisent par crise ; ils cessent après une ou plusieurs régurgitations, l'expulsion de gaz. Les selles sont vertes, ou mélangées.

Le cri de l'*hyperchlorhydrique* se produit aussitôt après la tétée, il cesse deux heures après la tétée. Il est calmé par le bicarbonate de soude.

Le cri de l'*hypochlorhydrique* est tardif, se produit à la fin de la digestion, continue même la nuit longtemps après la dernière tétée ; il est exaspéré par une nouvelle quantité de lait ; une légère limonade chlorhydrique calme les cris et la douleur.

La *dilatation d'estomac* est douloureuse, surtout à la fin de la période digestive ; la douleur n'est calmée que par des vomissements copieux.

Dans les *dyspepsies par excès de lab-ferment*, « la douleur est continuelle, occupe toute la période digestive et commence aussitôt après la tétée ».

Si l'estomac fonctionne bien, il faut chercher du côté de l'*intestin*. Les cris cessent après l'évacuation de selles. Si l'on ne trouve rien au point de vue alimentaire, penser aux *vers intestinaux* qui ne sont pas rares chez le nourrisson, aux *coliques sine materiâ*,bien calmées par 1 ou 2 gouttes de belladone. Il faut aussi dans certains cas difficiles et subitement graves penser à la possibilité de *hernie étranglée*.

Par contre,parfois les uns sont en rapport avec la *miction* ; chercher alors un *phimosis*, des *érosions de la vulve*, que calment l'application d'alcalins, et l'ingestion de sirop de térébenthine. Rarement il s'agira de petits calculs uriques ou phosphatiques. Les *spasmes vésicaux*, la *colique néphrétique* ne sont pas très rares.

Enfin, si tout cet examen n'a rien donné chez un enfant qui crie constamment, il faut examiner les *oreilles*. Les cris sont alors exagérés quand l'enfant est couché, quand on lui remue brusquement la tête, quand on tire le lobule de l'oreille, quand on appuie sur la mastoïde, quand le bébé tette, déglutit : le conduit auditif externe et le tympan donneront l'explication cherchée. Quelques gouttes d'huile phéniquée à 1/10 chaude ou de l'huile cocaïnée à 1/100, une petite incision s'il s'agit de furoncle, feront disparaître la douleur.

Les cris du *point de côté* accompagnent la toux ; le cri des *péritonites* est exaspéré par les mouvements respiratoires, la défécation ou les efforts ; le cri de la *méningite* et de l'*hydrocéphalie* est spécial. Enfin certains *cris périodiques nocturnes* sont symptomatiques de paludisme, de mal de Pott ou de terreurs nocturnes.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Projet de règlementation du commerce du lait à Rouen.

Proposé par la Commission d'hygiène de la « Société normande de Droit médical ».

Messieurs.

A la dernière séance tenue par la Société, nous vous avons donné un résumé des travaux de votre commission concernant les falsifications du lait et les moyens de les empêcher. Vous avez jugé cette question assez importante pour la charger en votre nom de faire dès à présent une demande à la Municipalité pour lui demander s'il n'y aurait pas lieu d'étudier l'application d'un contrôle du lait et lui faire savoir que vous élaboriez un projet de règlement le concernant. Cette démarche a été faite.

Le moment paraît, en effet, propice pour agir ; de nombreuses Sociétés et Congrès en France se sont agités autour de cette question, et cela surtout depuis 1905. C'est qu'en cette année deux faits importants se sont produits ; nous voulons parler de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes et falsifications des denrées alimentaires, et du projet de loi voté par la Société Française d'encouragement de l'Industrie laitière et le Congrès international de laiterie en 1905.

C'est après nous être inspiré de ce qui nous a paru d'une réalisation pratique que nous vous proposons le projet de réglementation suivant :

Article premier. — Ne pourra être vendu sous la dénomination de *lait pur* tout liquide ne contenant pas au moins 30 grammes de matières grasses et 115 grammes d'extrait sec par litre.

Le lait ayant au moins les qualités ci-dessus devra provenir de la traite complète et fournie par des animaux sains.

Article 2. — Le lait vendu à Rouen sous la désignation de *lait pur* sera divisé en deux catégories :

Le lait pur de première catégorie devra contenir au minimum 38 grammes de matière grasse et 128 grammes d'extrait sec par litre.

Le lait pur de deuxième catégorie contiendra au minimum 30 grammes de matières grasses et 115 grammes d'extrait sec par litre.

Article 3. — Le lait pur ne pourra être introduit en ville qu'en vases fermés sous cachet scellé.

L'expéditeur en restera responsable tant que le cachet n'aura pas été brisé ; le détaillant en deviendra responsable quand il aura brisé le cachet.

Article 4. — Les laits vendus comme laits

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

Dr R..., de S.-A.-d.-V. à *Concours*. — Abonné du *Concours médical*, je lui serais bien obligé de me répondre ce qu'il pense sur le cas suivant.

M. X..., locataire d'un immeuble appartenant à M. Z... meurt en laissant forces dettes, entre autres les frais médicaux et pharmaceutiques de sa dernière maladie, et un ou plusieurs arrérages de la ferme qu'il payait à M. Z. pour la location de son immeuble.

M. Z. fait faire une saisie et moi je fais opposition. Une fois la vente des divers objets appartenant à M. X. opérée, lorsque sur le produit de cette vente ont été prélevés les frais de justice, quels sont les dettes qui doivent être prélevées immédiatement après. C'est-à-dire que je veux savoir si dans ce cas mon privilège passe le 1er ou si c'est le privilège du propriétaire.

Je serais bien aise d'avoir une réponse à cette question le plus tôt possible et remercie à l'avance le *Concours médical*.

Rép. — Il est maintenant établi par la jurisprudence que le privilège du propriétaire prime celui que l'article 2.101 du Code civil accorde au médecin pour les frais de la dernière maladie.

Dr M... à G... à *Concours*. — Je suis à G. depuis un an, en remplacement du Dr L..., qui, malade, m'a cédé sa succession, celle de médecin faisant la pharmacie, G. n'ayant pas de pharmacien. Depuis, je suis affilié au Syndicat des médecins du G. ce que je considère comme une étape pour faire partie du « Sou médical. »

G. est une station de bains de mer, assez fréquentée en été. Pendant la saison dernière, un pharmacien de A. M. X.., installé chez un épicier de G. soi-disant pour sa santé, y vendait clandestinement et faisait vendre des médicaments. Il ne se gênait pas du reste pour faire des visites à domicile. Il apprit sans doute que j'allais faire partie du Syndicat des médecins du G. et a craint peut-être quelques poursuites, car il a à peu près cessé ses visites médicales.

Voilà que j'apprends qu'il veut, lui, tenant officine ouverte à A., tenir

Suite page X.

purs devront être étiquetés sur les récipients qui les contiendront.

Les flacons porteront une inscription très visible dont les lettres et les chiffres auront au moins 10 millimètres de hauteur.

Les brocs porteront une plaque fixe avec une inscription dont les lettres et chiffres auront chacun au moins 20 millimètres de hauteur.

Les mots *lait pur* devront toujours être suivis de l'indication *première catégorie* ou *seconde catégorie.*

ARTICLE 5. — Les sous-produits de l'industrie laitière tels que : lait écrémé, centrifugé, lait pauvre, devront être contenus dans des flacons portant une indication spéciale bien évidente, démarquant à quelle catégorie ils appartiennent. Les lettres et chiffres des inscriptions devront être en signes indélébiles de 30 millimètres de hauteur.

ARTICLE 6. — Est interdit tout mode d'occlusion ne donnant pas toute garantie en ce qui concerne la dénaturation et la contamination du lait.

Tout commerçant voulant vendre du lait à Rouen devra préalablement faire accepter son mode d'occlusion.

ARTICLE 7. — La présence de toute substance antiseptique colorante ou de toute substance étrangère au lait est formellement interdite dans les laits de toute catégorie.

Il est également interdit de mettre en vente seul ou mélangé du lait provenant d'animaux malades ou de vaches venant de mettre bas depuis moins de huit jours.

ARTICLE 8. — Il est nommé un certain nombre d'agents dits *contrôleurs du lait* avec mission de contrôler le lait dans sa production et dans sa vente sur le territoire de la ville de Rouen.

Ils devront notamment surveiller les points suivants ayant trait à l'hygiène du lieu de production :

a) Hygiène de l'étable : aération, éclairage, espace, nettoyages et désinfections ; évacuation des défections et eaux résiduaires.

b) Hygiène des animaux : tuberculinisation, isolement des animaux atteints d'une maladie quelconque et élimination de tout lait suspect à cet égard ; mesures d'hygiène et de propreté générales concernant particulièrement la traite ;

c) Régime alimentaire des animaux.

d) Traitement du lait ; nécessité d'opérer la traite à fond ; obligation d'avoir un local spécial pour les manipulations du lait ; élimination de tout lait fermenté ou anormal.

ARTICLE 9. — Ces contrôleurs devront, par l'intermédiaire du maire, informer les agents chargés par l'état des prélèvements pour la surveillance des denrées alimentaires, des établissements où ils croiraient utile de faire procéder à ces prélèvements.

ARTICLE 10. — La vente du lait est en outre subordonnée à toutes autres conditions résultant des lois et des décrets sur la matière qui sont ou pourraient être édictées.

Comme vous avez pu le voir, Messieurs, nous avons cherché à simplifier le plus qu'il nous a été possible. En ce qui touche les prélèvements à opérer et les analyses à faire, la chose est réglée par des lois déjà existantes ; la réglementation municipale aura pour but d'en faciliter l'application. Vous avez peut-être été étonnés de nous voir parler de surveillance des lieux de production du lait, puisque actuellement ceux-ci ne se trouvent pas sur le territoire de la ville. Nous avons maintenu cette partie de notre projet en prévision de la création possible de vacheries urbaines, qui existent dans certaines villes.

Si vous faites bon accueil au résultat de nos travaux, nous vous demanderons non seulement votre approbation pour le projet de réglementation qui vous est soumis, mais encore le mandat de le présenter à la Municipalité, non pas bien entendu pour préjuger de ses décisions, mais pour attirer plus spécialement son attention sur une question aussi capitale, et, dans une certaine mesure, lui faciliter la tâche.

Si le but que vous avez poursuivi est atteint, nous croyons que vous aurez fait œuvre utile dans l'hygiène de la ville et pour la santé publique, notamment dans la lutte contre la morbidité infantile.

Pour la Commission :
Le Rapporteur,
Paul PETIT.

(*La Revue médicale de Normandie*).

N. D. L. R. Etant donné le beau zèle dont le gouvernement paraît animé pour appliquer la loi sur les fraudes des matières alimentaires même, dit-on, médicamenteuses, il nous paraîtrait congruent que le projet ci-dessus prît corps. Mais faut-il compter seulement pour cela sur des arrêtés municipaux ? On a un jour, pour contenter le Midi, obligé par loi les vins à déclarer leur propre qualité par étiquettes. Pourquoi le lait ne profiterait-il pas de la même garantie ?

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

LES CHARMES DE LA MÉDECINE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Leçon de choses bien complète.

Dans le document suivant, nous prions nos lecteurs de trouver toutes les moralités qu'il comporte. Il ne vise aucune personne, mais stigmatise des habitudes et des pratiques dont l'existence n'est plus niée que par ceux qui ont intérêt à leur continuation. Elles sont devenues plus rares depuis la campagne de Diverneresse : elles n'ont pas disparu. Mais, en conscience, pour notre dignité, il faut qu'elles disparaissent au plus vite, car avant peu nous ne pourrons plus appeler *confrères* certains hommes à tout faire qui traitent en *vulgum pecus* les blessés et leurs défenseurs naturels, c'est-à-dire nous les médecins traitants, dont le crime est d'avoir été librement choisis.

Quelques experts (M. le Dr V., cité dans l'article ci-dessous, n'est pas de ce nombre) et contrôleurs

n'ont pas pris conscience de la gravité du rôle qui leur incombe. Obligeront-ils la presse professionnelle à les y rappeler brutalement, en condamnant sur pièces tout ce qui dénature ce beau rôle ! Hélas les dossiers s'accumulent, se grossissent. On y trouve même du linge sale marqué d'initiales qui étonnent. Trop de routine, trop de camaraderie entre spécialistes ; trop de besogne bâclée et suspecte d'inspiration tendancieuse ; insuffisance des scrupules d'exactitude et de neutralité ; souci de conserver de fructueux monopoles ; nous y trouvons tout cela, déplorablement prouvé dans ces dossiers qui scandaliseraient les bons juges et même certaines Cies d'assurances, après avoir révolté les infirmes du travail.

Ah ! nous supplions les hommes du milieu visé d'y adopter *tous* au plus vite une autre mentalité: la belle mentalité médicale, indépendante, scrupuleuse, ennemie des compromissions, surtout avec les forts contre les faibles. Oui ou non, ne sont-ils pas médecins avant tout ?

Et ont-ils le droit de tant l'oublier ? Jusque dans les expertises qui se brassent à l'hôpital, lieu d'enseignement des générations médicales qui nous suivront ! !

Le conseil du Sou médical.

Paris, le juin 1907.

Messieurs les membres du bureau du « Sou médical » et très honorés confrères,

J'ai l'honneur et le plaisir de vous confirmer que j'ai complètement gagné, devant le Tribunal de paix du VII[e] arr. de Paris, le procès en réglement d'une note d'honoraires de mille trente-neuf francs, relative à un accident de travail.

Si, dans une affaire de principe et d'intérêt général, ma combativité naturelle dont vous m'avez si gracieusement félicité dans une de nos réunions, a quelque peu contribué au résultat final, je n'oublie pas qu'il est dû, avant tout et surtout, à l'habile direction de M[e] Gatineau et aux excellents conseils du Concours ; de nouveau j'adresse à tous l'expression de mes plus vifs remerciements.

Selon votre désir, puisque vous le jugez utile à un certain nombre de confrères ayant trop de tendance à renoncer à leurs droits dès que surgissent quelques difficultés, je vous envoie le récit de mes tribulations en cette affaire.

En septembre 1905, j'étais appelé chez l'ouvrier ravaleur M., qui sortait de l'hôpital pour, — disait le certificat délivré par l'interne (le seul donné) « fracture de rotule à 5 fragments, traitée par le cerclage » — sans allusion à aucune autre blessure.

Un examen consciencieux me permit de relever, outre la fracture de rotule, les lésions multiples suivantes, méconnues ou négligées à l'hôpital :

1° Fracture probable de l'extrémité inférieure du radius droit ;

2° Fracture des os propres du nez et déviation consécutive.

3° Fracture du 4[e] métatarsien ou luxation métatarso-phalangienne (pied gauche).La radiographie éclaircira ce diagnostic ;

4° Arrachement du tendon extenseur de la phalangette de l'auriculaire de la main droite.

Tout cela non traité en temps opportun, de sorte que, l'esthétique du nez mise à part, ma tâche restait suffisamment grande, consistant à combattre l'hyperostose rotulienne, l'empâtement circonvoisin, l'atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe ; à améliorer, si possible, l'état du pied, combattre la raideur déjà grande de l'articulation radio-carpienne, l'atrophie musculaire de l'avant-bras, surveiller les fonctions de la main (1).

Je me suis mis résolument à l'œuvre, me rendant chaque jour chez mon client faire les massages, manipulations et mobilisations nécessaires, et plus tard les séances d'électrisation alternées avec les massages.

Fin novembre, sur l'initiative de la Cie d'assurances, un expert était nommé, le chirurgien des hôpitaux X..., à l'effet d'examiner le sinistré M., et de décider de la consolidation dite légale.

A ce moment vont commencer les péripéties :

Pendant cette première visite de l'expert, celui-ci remplissait son rôle en ma présence depuis un moment déjà et nous occupions les deux seuls sièges qu'il y eût dans la chambre du blessé, lorsqu'arriva, en retard, le docteur Y.., médecin en chef de la Cie d'assurances (saluons !). A son entrée, et par convenance, je me levais pour offrir ma chaise et en aller chercher une autre, lorsque ce charmant confrère salua l'expert et... ne me dit rien (2). Alors, remettant vivement ma chaise en place, tout en tournant le dos le plus possible à ce monsieur, je m'assis brusquement, le laissant debout et appuyé au pied du lit, position qu'il conserva pendant toute la longue séance.

A un moment donné, l'expert me paraissant trop oublier les autres lésions signalées par moi, et ne s'occuper que de la fracture de rotule, très bien encerclée, comme il se plaisait à le répéter par son ami Z.., je me permis d'insister pour lui signaler les lésions non mentionnées au certificat de l'interne, et non traitées à l'hôpital. Blessé peut-être de ma remarque qui lui donnait le droit de taxer, *in petto*, son ami de négligence, l'expert eut alors ce mot malheureux : « *Vous n'êtes rien ici !* ».

Ce à quoi je répondis immédiatement par un : « C'est entendu et bon à savoir, que seuls comptent ici : le médecin de la Cie d'assurances et le médecin expert nommé à sa requête, tandis que le représentant du blessé, en même temps son médecin, n'existe pas ».

Excuses immédiates de la part de l'expert, mais inutiles, j'étais subitement atteint de la plus grande surdité et je ne les entendis pas. L'incident restait noté, et ne fut pas oublié ultérieurement comme on le verra.

Il ne fut d'ailleurs point contraire aux intérêts du blessé, car toutes les lésions qui avaient été méconnues à l'hôpital, et relevées par moi, furent consignées dans son rapport, par l'expert qui y reconnut la nécessité de continuer les massages pendant deux mois encore, temps minimum nécessaire pour se prononcer définitivement sur la consolidation légale.

Fin janvier 1906, nouvelle expertise ; réception plutôt fraîche, par le médecin traitant, pre-

(1) N. D. L. R. — Joli coup de pied de plus à la légende de la supériorité de l'hospitalisation sur les soins à domicile dans les accidents du travail.

(2) N.D.L.R. — Cette façon d'agir est restée en honneur chez un trop grand nombre de médecins, dont la servilité envers les directeurs des compagnies n'a de compensation que leur majesté devant les blessés et les médecins traitants.

mier arrivé, des deux autres confrères, venus bien ensemble, cette fois, *Arcades ambo.* Pas d'incident. Les conclusions de l'expert sont de 33% d'incapacité permanente : retenons ce chiffre.

Le sinistré m'endort un certain temps par des velléités de ne pas accepter les conclusions de l'expert ni le jugement intervenu, mais finalement, il ne fait pas appel, et c'est seulement la veille de la prescription (par un an en ce cas) que j'appelle *le patron* en conciliation pour le paiement de ma note d'honoraires.

Tentative inutile d'ailleurs ; il fallait s'y attendre, puisqu'il y avait derrière lui une compagnie ; aussi commencèrent bientôt les séries et nouvelles péripéties d'audiences à la justice de paix avec la présentation de ma note.

Au moment de l'établir, cette note, me trouvant en présence d'un si long relevé, puisque quotidien, je fus réellement pris d'inquiétude, et, n'eût été le principe de tout marquer et maintenir ce qui a été fait, mon premier mouvement eût été de faire quelque oubli volontaire dans mon fastidieux travail, et d'élaguer à mon préjudice. Mais en vertu de l'adage : « Fais ce que dois », je ne cédai pas à cette presque lâche pensée qui était bien du même ordre que celle de trop nombreux confrères ne touchant pas leurs honoraires parce qu'il faudrait poursuivre, et je ne pensai plus qu'à la lutte possible pour me faire régler.

Et d'abord, j'envoyai mon relevé au contrôle du « Sou médical », m'attendant, de sa part, à un mouvement d'effroi, comme je l'avais eu moi-même; mon attente ne fut pas trompée et je reçus bientôt l'invitation de motiver, dans les lignes (observations) à ce réservées par les imprimés d'honoraires, l'élévation de la note en question. C'est ce que je fis (non pas en cinq, mais bien en dix lignes, car je les doublai), en me basant sur les éléments suivants résumés : gravité des blessures primitives et des lésions consécutives, atrophies, raideurs ou demi-ankyloses à combattre ou à prévenir. Citation des passages du premier rapport X., espérant que, par la continuité du traitement, pendant encore 2 mois, l'état s'améliorerait, enfin avis écrits successivement par *deux confrères* excessivement compétents en massage et en chirurgie, m'approuvant fortement dans mon emploi quotidien des massages et électrisations alternés.

Ma note, ainsi étayée, motivée, passait de nouveau sous les yeux de votre Conseil et, à l'unanimité, était approuvée.

Je me présentai donc à l'audience avec une confiance que je n'aurais pas eue sans cela. Contestation, comme d'habitude, du représentant des patrons (en l'espèce, un employé de l'assurance), sur le nombre et le prix de mes interventions, et demande de nomination d'un expert, spécialement le chirurgien des hôpitaux X... *qui connaît déjà l'affaire*, dit l'agent.

Je récuse immédiatement M. X.. et, non sans une vivacité émue qui m'a l'air d'impressionner un peu le juge, j'explique carrément le pourquoi, c'est-à-dire le mot malheureux, et l'attitude de cet expert envers le médecin traitant.

Le juge reconnaît aussitôt mon droit et nomme M. le Dr V.

Arrivé le premier chez le Dr V. aux jour et heure de sa convocation, je vais, à l'autre extrémité de son immense salon, m'asseoir près du feu. Peu après arrive mon adversaire en la personne, cette fois, du Dr Y., médecin expert près le tribunal de commerce, médecin en chef de la Cie d'assurances..., lequel s'assied proche l'entrée, c'est-à-dire le plus loin possible de moi, sans ébaucher le moindre signe de connaissance, exemple que je suis exactement.

Le docteur V. vient nous chercher et nous conduit dans son cabinet où M. Y.. est invité à présenter ses objections à ma note.

Divergence d'interprétation d'un passage du tarif ministériel.

Celui-ci conteste le nombre, la nécessité de mes visites, de mes massages, et soutient que le tarif ministériel, par l'expression « séance complète de massage » a voulu désigner tous les massages (quel qu'en soit le nombre) d'une même séance ! !

M. le docteur V.. nous fait part de son espoir de voir venir le chirurgien X. qui le lui a promis, et m'invite à répliquer. Je passe rapidement sur la nécessité des massages quotidiens, tout en faisant remarquer que cette même compagnie, en plein tribunal, m'avait reproché, pour un autre cas très grave, de n'avoir fait de massages que tous les 2 jours, tandis que, si le blessé avait été soigné par ses médecins, il aurait été massé tous les jours.

Puis, venant à l'interprétation du tarif, je cherche à combattre cette dernière objection, par l'absurde, puisque, à ce compte-là, on pourrait avoir à masser les 4 membres et le tronc, pour le prix fantastique de cinq francs.

Durant la discussion, et sans aucun doute pour essayer d'indisposer M. V. à mon égard, mon adversaire m'ayant accusé de *récuser tous les experts*, je le somme de citer tous les experts qu'à sa connaissance j'ai récusés ; en dehors des deux nommés à la requête de sa Cie dont l'un, le Dr R.. pour une affaire précédente et l'autre le Dr X... pour la présente affaire.

Ayant reconnu qu'il n'en connaissait pas d'autre, et pour cause, j'expliquai carrément au Dr V. (malgré son empressement à m'assurer qu'on a toujours le droit de récuser) comment le Dr X., pour le premier cas, s'était conduit avec moi, d'où récusation.

Pour l'autre cas, je racontai comment, pour un accident très grave, et à la requête de la même Cie, j'entendis le juge des conciliations dire : « Il faut nommer *un chirurgien* comme expert... M. R.. Comment, en arrivant chez moi, annuaire en mains, je constatais que le nom proposé était celui d'un médecin des hôpitaux s'occupant de la médecine des enfants, et non celui d'un chirurgien ; comment à la 2e audience de conciliation, le rapport de M. le Dr R.. concluait à 40 % d'incapacité, de sorte que, de suite, je priai le juge de constater l'impossibilité d'une conciliation puisque mes certificats parlaient de 85 %; comment, enfin, la Cie proposant à nouveau, devant le tribunal civil, le même M. R., et moi l'ayant récusé pour les motifs ci-dessus, un nouvel expert, le chirurgien des hôpitaux S. fut nommé, et conclut à 80 %. Avais-je eu tort ? ».

Devant ces explications au Dr V., le Dr Y. reste un moment muet, puis, tout à coup, et avec le ton glacial et l'air olympien qui sont sa caractéristique, il laissa, à son tour, et à l'imitation du Dr X.., échapper cette phrase : « *Du reste, le*

confrère de F.... s'est toujours montré très ennemi des Cies d'assurances ».

Ainsi, plus d'arguments, mais la bonne chicane de tendance d'un assureur reprise par un .... confrère ! !

Ma foi, je ne voulus pas manquer l'occasion de régler la question de déontologie, puisqu'elle était soulevée et que nous étions entre médecins.

Je m'empressai de répondre : « Puisque M. Y.. « avance semblable allégation, je la rectifie un peu « d'abord, puis j'établirai de qui, et envers qui, « les procédés ont pu manquer de..... mettons : « courtoisie.

« Tout d'abord, c'est avec une seule Cie d'as- « surances, celle dont M. X. est le médecin en chef « que j'ai eu des procès pour toucher mes hono- « raires ; procès que j'ai chaque fois gagnés sans « la moindre réduction. A côté de cela, beaucoup « d'autres, non seulement m'ont réglé sans con- « testation mes honoraires pour des sinistrés, « mes clients particuliers, mais encore ont su ap- « précier ma loyauté de médecin représentant un « intérêt adverse et, pour en donner une preuve « irréfragable, l'une d'elles, et non des moindres, « m'a très agréablement surpris, dernièrement, « mais aussi très fortement gêné, en me donnant, « à moi qui ne lui suis rien absolument, la grande « preuve de confiance suivante :

« Un sinistré, gravement atteint, à la suite « d'un accident remontant à 2 ans, et non encore « réglé, s'étant présenté avec un certificat de moi « ne parlant que de son état actuel (je ne l'ai « d'ailleurs jamais soigné, mais lui ai seulement « fait quelques certificats) la Cie lui dit :

« Priez donc le médecin qui vous a fait vos cer- « tificats, de vouloir bien refaire ce dernier en « ajoutant le quantum de votre incapacité per- « manente, comme s'il était expert ; nous nous « en rapportons complètement à lui, et traite- « rons votre affaire sans qu'elle aille devant le « tribunal civil ».

« J'étais, je l'ai dit, fortement gêné, estimant « l'incapacité à 95 %. Pourtant l'affaire fut sans « doute réglée effectivement sur cette base car je « n'ai pas vu revenir mon blessé ».

« Mais, j'arrive au plus grave, aux procédés de « M. Y. à mon égard, procédés qu'il aurait d'au- « tant moins dû avoir que je lui ai donné une « preuve indéniable de la bonne confraternité « que nous nous devons tous, réciproquement, « en lui rendant ou tentant de lui rendre un ser- « vice dans les circonstances suivantes :

« En effet, contrairement à la pensée que vous « avez dû avoir, d'abord, vous M. V., que nous « ne nous connaissions nullement, M. Y. et moi, « lorsque venant nous chercher, dans votre salon « vous nous avez vus l'un à une extrémité, l'au- « tre à la porte d'entrée, je vous dirai que nous « nous sommes déjà rencontrés un certain nom- « bre de fois comme vous l'avez compris d'après « la discussion actuelle et la première, à l'occa- « sion d'une victime d'un accident de la rue, « Mlle C.. dite A.. qui fut envoyée par le juge « devant M. Y. choisi comme expert.

« J'accompagnai cette personne chez M. Y.. « qui, bien que médecin en chef de Cie d'assurances, « est aussi expert près du tribunal de commerce, « et là je fus surpris de l'accueil peu courtois de « M. Y. Il est certain qu'il me voyait pour la pre- « mière fois. En revanche, il me parut très bien « avec le confrère représentant la Cie des Petites « Voitures, responsable de l'accident, à tel point « que je doutai un peu de son impartialité pour « la blessée et qu'en sortant, je crus devoir passer « chez M. B., l'agent d'affaires qui s'occupait de « celle-ci, pour lui faire part de mes doutes.

« Je dois dire ici qu'à l'occasion de quelque « accident de la rue antérieur, ce monsieur que « j'appris rapidement être un agent véreux, était « entré en relations avec moi, et c'est lui qui « m'avait prié de donner mes soins à Mlle C.., ré- « pondant de mes honoraires.

« Dès que je lui eus énoncé mes craintes, il « éclata de rire et me répondit : « Ah ! Y.. je suis « bien tranquille, je sais comment on le prend, « celui-là ! ! »

« Peu après, Mlle C. me demandait un conseil : « la Cie prétendait que son médecin jugeait que « son cas serait suffisamment indemnisé par une « somme de mille francs.... Devait-elle accepter ? « Je lui répondis : « Cela me paraît un peu maigre : « à 1.500 fr. je vous aurais dit d'accepter ; à 1.000 « je ne dis rien ». « Alors, fit-elle, je laisserai agir « mon agent d'affaires, M. B. ».

« A quelque temps de là, Mlle C. venait m'ap- « prendre, à ma complète stupéfaction que, sans « aller devant le tribunal, elle avait touché non « pas mille, mais sept mille francs, et qu'elle al- « lait me régler elle-même, puisqu'elle savait que « je ne voulais plus avoir aucune relation avec « son agent d'affaires, avec qui j'avais rompu « violemment.

« En effet, dans l'intervalle, après échange de « quelque correspondance aigre - douce avec « l'agent véreux qui paraissait vouloir me faire « faire des certificats à sa guise, et non à la « mienne, je lui avais envoyé un mandataire de « confiance pour régler tout compte avec lui en « signifiant une rupture absolue. Dans l'explo- « sion de colère causée par l'énoncé de ma déci- « sion, ce monsieur se laissa aller, devant plu- « sieurs accidentés de la rue présents dans son « unique pièce de réception et de travail à des « intempérances de langage de ce genre : « Je ne « vois pas pourquoi le docteur refuse de me faire « des certificats que je suis prêt à lui payer 20 fr. « s'il faut, pourtant je n'en suis pas en peine, et « (poussant en effet un certificat qu'il avait de- « vant lui, sur son bureau) tenez, en voici un du « Dr Y.., qui m'en fait tant que je veux, à cent « sous, et ce n'est pourtant pas le premier venu, « puisqu'il est expert près du tribunal. D'ailleurs « on sait bien ce que sont les médecins, et que, « pour 20 fr. on leur fait faire des avortements à « courir. Je passe sur la réponse nette et digne « faite par mon mandataire dont la mission était « bien définie, de rompre et tout relever ; aussi ne « manqua-t-il pas de prendre froidement en main « le certificat poussé, et d'en lire le commence- « ment et la signature.

« Ainsi éclairé sur la façon dont cet agent vé- « reux parlait des médecins en général et de M. le « Dr Y. en particulier, que devais-je faire au point « de vue confraternel ? Prévenir ... ne pas pré- « venir le confrère qui était journellement en af- « faires avec ce monsieur ?

« Le docteur L.., un ami que j'allai consulter à « ce sujet, leva mes hésitations en m'encou- « rageant à donner cette preuve de bonne « confraternité à un confrère même peu sympa- « thique. Raisonnant la chose et la sentant à « ma façon, je m'attendais à voir bondir le Dr Y..

« à l'énoncé des allégations de l'agent B... sur sa « manière de le prendre ; à mon grand étonne- « ment, il ne manifesta pas la moindre indigna- « tion. Avec le plus grand calme, il se contenta de « me répondre, comme il vient de le faire devant « vous, qu'il se f...... ichait de ces gens-là, et ne « faisait pas attention à leurs propos.

« Depuis lors, et contrairement à ce que je sup- « posais devoir se produire à la suite du service « que j'avais cru lui rendre, le manque de cour- « toisie du Dr Y... a continué comme dans le cas « précédemment narré, toutes les fois que, pour « le compte de cette même et unique compagnie, « il s'est rencontré avec moi.

« Aujourd'hui il a fait déborder le vase en ren- « versant les rôles devant vous. Je me devais, je « vous devais à vous-même également de les ré- « tablir dans leur exactitude en vous montrant « de quel côté pouvaient être les procédés d'enne- « mi dont il a parlé ».

Monsieur Y.. ayant alors affirmé que c'était bien à tort que j'avais cru voir de mauvais procédés de sa part, qu'il n'avait aucun grief contre moi, et que ses manières étaient ainsi, monsieur le docteur V.... en profita habilement pour nous *réconcilier*, et, continuant son office, demanda ce que la Compagnie m'offrait.

M. Y.. dit alors : « Nous comptons :

65 massages à domicile à 5 fr. et non 7 fr. 50, soit 2 fr. 50 × 65 = 162 fr. 50.

Et 48 massages ou électrisations, à 4 fr. et non 6 fr., soit 2 × 48 = 96 fr.

Total = 258 fr. 50 à retrancher de 1.039, reste net 780 fr. 50.

Alors, à la demande de M. l'expert V... me demandant si j'acceptais le principe de la réduction, sinon le chiffre, je répondis ne pouvoir l'accepter, car il s'agissait désormais d'une interprétation de tarif intéressant tout le monde, et non plus moi seulement.

Le docteur V.... ayant, à nouveau, constaté que, malgré sa promesse, le chirurgien des hôpitaux X... n'était pas venu (ce qui ne m'étonnait qu'à moitié), je me retirai.

Les conclusions du rapport furent ce qu'on lira au jugement.

Sans trop m'appesantir sur la conclusion n° 2, il me sembla (et il me semble toujours) surprenant que M. le docteur V.., expert nommé pour une question d'honoraires médico-chirurgicaux, se soit déclaré incompétent et ait trouvé que ce point était plutôt du domaine de la jurisprudence que de celui de la médecine.

Quoi qu'il en fût, le danger me sautait aux yeux, et je me promis bien de veiller au grain devant le juge qui, probablement, aurait tendance à s'emparer de cette conclusion (quoique boiteuse et imprévue) de l'expert, à mon désavantage, pour en finir et compenser ainsi le gain de cause que me donnait franchement la conclusion n° 1.

C'est, en effet, cette tendance que je crus voir poindre malgré mes efforts à démontrer les conséquences absurdes (massages toujours au même prix, de 2, 3, 4 membres lésés) qu'entraînerait l'interprétation donnée par la partie adverse, et que l'expert n'empêcherait pas le juge d'adopter; aussi, ne voulant pas laisser celui-ci sous cette tendance, je demandai de nouveau la parole pour lui offrir, si sa religion n'était pas suffisamment éclairée sur la valeur de mon interprétation, un nouveau document que j'espérais pouvoir obtenir de la commission médicale qui, somme toute, avait élaboré le tarif. Monsieur le juge m'ayant répondu que son devoir était de se documenter le plus possible, mais qu'il doutait fort que j'obtinsse rien de semblable, nouvelle remise (la 3e ou 4e) était prononcée à quinzaine.

Dans l'intervalle, j'adressais au Dr Jeanne la lettre suivante :

A Messieurs les délégués médicaux à la Commission du Tarif-accidents du Travail.

MM. les docteurs Dubuisson, député; Jeanne, représentant des Syndicats Médicaux de France.

Messieurs et très honorés confrères,

J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux le rapport et les conclusions de M. le Dr V., expert-commis par M. le Juge de Paix du VIIe à l'examen d'une de mes notes d'honoraires dont copie ci-jointe.

D'une part, M. le Dr V., au sujet d'une phrase du tarif-accidents, expliquée différemment par les deux parties en présence, conclut que cette interprétation est plutôt du domaine de la jurisprudence que de celui de la médecine, et que les termes, « Séance complète de massages autres (au pluriel) que ceux de la main ou du pied », lui semblent indiquer que l'auteur du tarif a voulu désigner tous les massages (quel qu'en fût le nombre) d'une même séance.

D'autre part, M. le Juge de Paix, avant de faire acte de jurisprudence, a manifesté le désir d'avoir d'autres documents si possible.

J'ai donc pensé que c'était à l'auteur même, ou aux auteurs du tarif, qu'il y avait lieu de demander la signification exacte de la phrase en litige.

Comme vous avez été les collaborateurs du regretté professeur Brouardel, président de la Délégation médicale à la commission du tarif-accidents, j'ai pensé que vous voudriez bien donner votre avis, qui serait d'une grande autorité comme écho direct des travaux de la Commission sur la question suivante, soulevée par le passage ci-dessus cité :

En parlant d'une séance complète de massages (au pluriel) autres que ceux de la main ou du pied, l'auteur du tarif a-t-il entendu comprendre tous les massages (des 4 membres et même du tronc) comme tend à le faire croire l'interprétation du médecin de la Compagnie d'assurances (partie adverse)? ou, tout simplement, les massages de tout un membre (par exemple muscles de l'épaule, articulation scapulo-humérale, bras, coude, avant-bras, poignet, main et ses nombreuses articulations) ?

Veuillez, je vous prie, etc.

Cette lettre fut bientôt suivie de la réponse ci-jointe signée de lui et du Dr Dubuissson, député, les deux survivants, depuis la mort du professeur Brouardel, de la délégation médicale à la commission du tarif Dubief :

Paris, 27 février 1907.

Mon cher confrère,

En réponse à votre question au sujet des distinctions établies par le Tarif ministériel entre les diverses séances de massage, nous avons l'honneur de vous informer que :

1° La séance de massage généralisé à tout le corps n'a pas été considérée comme devant rentrer dans le tarif :

a) Parce qu'elle est d'ordre hygiénique et médical.

non d'application *chirurgicale* aux accidents du travail ;

b) Parce qu'elle est rarement pratiquée par le médecin traitant ;

c) Parce que, pratiquée par lui, elle eût dû être tarifée à un prix très élevé à cause de sa durée, des manœuvres de force qu'elle entraîne, etc...

2° Que le massage de la main et du pied a été envisagé comme s'appliquant *aux jointures et muscles de ces deux extrémités, ainsi qu'aux articulations du cou-de-pied et du poignet*, contiguës au pied et à la main, et nécessitant le massage de ceux-ci pour leur retour à la mobilité ;

3° Que la séance complète de massage prévue en dehors de là s'applique soit à tout un membre, soit à ce membre et à la partie du tronc d'où se détache ce membre, soit encore à une région limitée du cou ou du tronc ;

4° Que le tarif admet d'un bout à l'autre la distinction de chaque opération et du prix qui s'y rattache ; et, par conséquent, le principe que ces divers prix s'additionnent, sauf dans trois cas bien spécifiés qui visent la toilette d'une petite plaie (article 10, B.n°s 4, 5, 6.)

5° Que dès le début de ses travaux la commission avait rejeté le principe de toute expression forfaitaire de la rétribution du médecin et que ç'eût été rétablir ce principe que de rédiger le passage en litige en lui donnant l'interprétation qu'on vous oppose,

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments,

Dr JEANNE, Dr DUBUISSON,

Délégués médicaux à la Commission du Tarif-accidents du travail.

A l'audience je n'eus qu'à lire ces deux documents, et, sans autre incident, remise à quinzaine était faite pour le prononcé du jugement ci-joint, me donnant, enfin, toute satisfaction.

Tribunal de paix du VIIe arrondissement de Paris

Audience du 5 *avril* 1907.

Entre :

Monsieur le Docteur de F... demeurant à Paris, demandeur, par exploit de P...,huissier à Paris, en date du vingt-neuf janvier dernier, enregistré, comparant en personne, d'une part, et Mesdames B.... entrepreneurs, demeurant à Paris, rue Merlin,numéro vingt-huit, défendeurs aux fins de la citation sus-datée de P..., huissier à Paris, comparant par mandataire, d'autre part ;

Nous, juge de paix, après avoir entendu le demandeur et le mandataire des défendeurs,en leurs explications, moyens et conclusions ; jugeant en premier ressort :

Attendu que Monsieur le Docteur de F... a formé contre Mesdames B..., entrepreneurs, une demande en paiement de mille trente-neuf francs pour honoraires de soins médicaux et chirurgicaux donnés à raison d'un accident du travail, à Monsieur M..., leur employé ;

Attendu que les défendeurs soutiennent,d'une part, que le nombre de visites, séances de massages et électrisation, est excessif ; d'autre part que le docteur de F... a fait une application erronée du tarif fixé par l'arrêté ministériel du huit octobre mil neuf cent cinq en portant à sept francs cinquante centimes le prix de chaque séance de massage, soit deux francs pour le massage à la main (article dix, A) et cinq francs pour le massage du genou (article dix, B), qu'ils protestent contre ce cumul et prétendent qu'il y a lieu seulement d'appliquer l'article dix,B qui prévoit une séance complète de massages autres que ceux de la main ou du pied,en employant ce mot au pluriel ;

Attendu, *sur la première contestation*, que Monsieur le Docteur V...., commis par nous à titre d'expert, après avoir reçu les observations des parties, déclare ne pas se croire fondé à réduire le nombre des visites, consultations, séances de massage ou électrisation, réclamé ;

Attendu que, d'ailleurs, il appartient au médecin traitant d'apprécier quelle doit être la fréquence de ces visites ou séances, qu'il n'est pas justifié qu'il y ait eu abus ;

Attendu, *sur la seconde contestation*, que Monsieur le Docteur V... fait observer que l'appréciation en est plutôt du domaine de la jurisprudence que de celui de la Science ;

Attendu qu'aux termes de deux rapports d'expertise, les blessures de la victime consistaient en fracture de la rotule du genou gauche, fracture probable de l'extrémité inférieure du radius droit, arrachement du tendon extenseur de la phalangette droite (orteil gauche) sur son métacarpien ; qu'ainsi des blessures distinctes avaient leur siège sur différentes parties du corps, indépendantes l'une de l'autre ;

Que l'on comprend que chacune des lésions ait dû être traitée isolément et ait notamment donné lieu à une série spéciale d'opérations de massage, sans rapport avec les opérations pratiquées sur un autre point ; qu'il y a lieu de considérer que, quel que soit son texte littéral, le tarif du huit octobre mil neuf cent cinq n'a prévu que le fait d'une seule blessure plus ou moins étendue;

Que si la consultation du médecin demeure unique en ce qui concerne l'examen de l'état général du blessé, il peut en être autrement lorsqu'il s'agit de plusieurs opérations chirurgicales ou de massage que motivent des blessures différentes et qui, quoique réunies en une seule séance, sont chacune, pour le médecin, la mise en œuvre séparée de son talent professionnel et même de ses forces physiques ;

Que, dès lors, les diverses rétributions prévues par le tarif ne doivent pas se confondre, mais s'appliquer distinctement ; qu'il y a donc lieu d'admettre la demande de Monsieur le docteur de F...;

Par ces motifs, condamnons Mesdames B..., à payer à Monsieur le docteur de F... la somme de mille trente-neuf francs pour les causes sus-énoncées, ensemble aux intérêts de droit à compter du jour de la demande ;

Les condamnons en outre aux dépens, liquidés à la somme de deux francs quinze centimes pour le coût de la citation, seulement ; en ce, non compris le coût du jugement avant faire droit, du rapport de l'expert, ni le coût du présent jugement et ses suites, s'il y a lieu.

Signé à la minute :

A. PIJON,
Juge de Paix;

et

Gustave JACQUELINE,
Commis greffier assermenté.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Compte-rendu de la séance du 13 *novembre* 1906.

Etaients présents : les Dr Ballivet, président, Bondet, Boudin, Brandstetter, Carron, César, Chabert, Chaboux, Françon, Fusier, Héritier, Hotellier, Julliard, Levrat, Manjot, Muynier, Rochette, Roland, Saint-Pierre.

Les Dr Bouilloud et Vanhaegenbergh représentaient le Syndicat de Bourg.

1° Sont admis comme membres du Syndicat : les Dr Lebret, de Divonne, présenté par les Dr Roland et Chabert ; le Dr Nicollet, de Dortan, présenté par les Dr Julliard et Boudin.

2° *Certificat d'études médicales supérieurs.* — Après lecture des divers ordres du jour adoptés par les différentes sociétés ou Syndicats de médecins, l'Assemblée réprouvant absolument la création de ce certificat, donne mission au Dr Boudin, son délégué à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats de s'associer à toutes les mesures et vœux qu'on prendra à cette Assemblée générale en vue de faire rapporter le décret du 10 juillet 1906.

2° *Vaccinations.* — Le Président rappelle que nos desiderata au point de vue du tarif kilométrique ne pourront être discutés au Conseil Général qu'à la session d'avril 1907. Il engage les Confrères à se conformer à la circulaire par eux déjà reçue, c'est-à-dire à envoyer au Préfet, en même temps que leur mémoire officiel d'honoraires, un 2e mémoire officieux de leurs frais de déplacement, copie de ces mémoires devront être envoyés au Dr Boudin.

3° *Services des Enfants-Assistés du Rhône.*—A une demande faite par le secrétaire en vue de faire relever le tarif kilométrique de 0,50 à 1 fr, il a été répondu par le Directeur de ce service, que la question serait soumise au Conseil Général du Rhône, en avril 1907.

4° *Affaire de Belley.*— Comme épilogue, l'Assemblée donne mission à son Président de s'entendre avec les Dr Héritier et Ant. Chaboux pour que le Dr Manjot, dont la conduite a toujours été d'une correction déontologique digne d'éloges, puisse avoir, lui aussi, une circonscription.

A l'issue de la réunion, un banquet, digne de Bugistes petit-fils de Brillat-Savarin, nous réunissait chez un aubergiste de renom fameux : la Mère Prusse. Les travaux de cette table furent ponctuellement et béatement suivis par une bande de joyeux confrères. Et l'Assemblée, considérant que rien n'est plus propre qu'un bon dîner après une séance syndicale pour resserrer les liens de bonne confraternité, donne mission à son Bureau de provoquer souvent des réunions amicales aussi pleines de gaieté que de bonne confraternité.

Le Secrétaire, Dr Boudin — *Le Président* Dr Ballivet

Oyonnax, 15 juin, 1907.

Mon cher Confrère,

Répondant au désir exprimé par nombre d'entre vous de joindre l'utile à l'agréable, le Bureau du Syndicat vous convie à une séance de travail agrémentée d'une journée de repos...... hélas, pas hebdomadaire.

Le lieu de rendez-vous : Genève; la date: le 30 juin ; à dix heures du matin (heure française) au Cercle des Vieux-Grenadiers, rue des Vieux-Grenadiers (avenue du Mail à Plainpalais) nous discuterons l'ordre du jour suivant :

1° Admission de nouveaux adhérents (Dr Ravet, de Lhuis ; Dr Bayle, d'Hauteville, Dr Gonnad et Pernet, d'Oyonnax) ;

2° Compte-rendu du Congrès des Praticiens ;

3° Tarif des Enfants-Assistés du Rhône ;

4° Tarif syndical pour fractures, opérations, etc.

5° Projet de loterie médicale ;

6° Impôt sur le revenu ;

7° Repos hebdomadaire du médecin ;

Le 8e numéro sera le passage à la salle à manger, où notre sympathique ami Levrat tiendra à prouver au dévoué Brandstetter qu'il n'est pas le seul à savoir organiser des banquets tels que ceux de Virieu et de la Mère Prusse. On abordera le 8e numéro à midi précis.

Ceux d'entre vous qui, sous prétexte d'achats à faire à Genève, lâcheront, dès le samedi le collier de la misère, pourront se réunir samedi 29 à à 7 h. 1/2 soir (heure française) à l'hôtel des voyageurs (à côté de la gare) pour y dîner tous ensemble. On n'en partira qu'à 9 h. moins le quart pour attendre les confrères qui pourraient arriver par les trains du soir. Il n'est plus de mon rôle de secrétaire de vous indiquer l'emploi de cette soirée, je gage et me borne à vous faire ces recommandations :

1° Envoyez, avant le 23 juin, votre adhésion au banquet, au Dr Levrat, Nantua :

2° Indiquer, également avant cette date, à notre confrère, si l'on doit vous retenir une chambre à l'Hôtel des Voyageurs pour ce que vous consacrerez au sommeil dans la nuit du samedi au dimanche.

3° Si vous avez, dans votre entourage, des médecins désireux de partager nos agapes, amenez-les, bien qu'ils ne fassent pas partie de notre syndicat.

Quelques heures de plaisir et de bonne confraternité nous feront oublier nos luttes, hélas ! trop souvent fratricides et surtout les soucis de chaque jour. N'oubliez pas que ces banquets nous apprennent à nous connaître, à mieux nous juger et nous tendre la main.

A Genève, donc et bien confraternellement à vous.

Dr Boudin.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet.

Réunion ordinaire (5 juin 1907).

Trois numéros figuraient à l'ordre du jour : Inspection médicale des Ecoles : Rapport du Délégué au Congrès ; le Repos hebdomadaire et le Téléphone.

Ces trois questions ont été l'occasion de causeries très animées et très cordiales entre les fidèles de nos réunions.

A. — L'inspection médicale des écoles a montré combien diffèrent nos manières de voir sur l'éternelle affaire *des fixes*. Les deux opinions ont leurs partisans : ici *les fonctionnaires* qui acceptent une subvention fixe en échange d'un nombre fixe de visites (par exemple cinquante francs par an pour dix visites, une par mois, dans une école ou classe comptant moins de cinquante élèves) ; là *les indépendants* qui disent « j'irai quand on aura besoin de moi, moyennant cent sous pour chaque demi-heure employée (une vacation) » et qui acceptent tout au plus l'idée de trois ou quatre visites *imprévues* pour contrôler l'hygiène des locaux et la propreté des têtes (lisez *inspection des pouilleux*).

Le Syndicat s'est abstenu de conclure ferme avant nouvel informé, sauf sur ce point qu'une inspection *sommaire* durant une demi-heure environ vaut 5 francs. Chemin faisant, nous avons reconnu que l'Inspection médicale, dans nos villages, ne pouvait se réclamer de la grande *pédagogie* des villes avec contrôle des acuités visuelles et auditives..... parce que cela coûterait trop cher et aussi parce que cela est peu utile comparativement avec d'autres choses.

B. —Le Dr Delpeut au Congrès a rendu compte de sa mission. Il revient fort enthousiasmé de l'œuvre accomplie et plein d'ardeur pour continuer la lutte au sein du Comité de vigilance. Par lui, nous savons comment les délégués de province, pour avoir consacré leur soirée du vendredi aux théâtres parisiens, ont abandonné la scène du Congrès aux médecins parisiens amateurs de fonctions à traitement fixe ; autrement dit, le goût du fauteuil d'orchestre a fait tort au principe du *libre-choix* du médecin.

Mais *on* se reprendra. Pour aider à cette reprise le Syndicat confirme le Dr Delpeut dans les fonctions de délégué au Comité de vigilance, fils du Congrès.

Aussitôt notre délégué rappelle au Bureau que le Tarif, le fameux Tarif ministériel des accidents du travail, le seul, l'unique, le vrai... vient à révision cette année 1907 et que nous avons à faire connaître nos prétentions exorbitantes sans aucun délai.

Avant nouvel examen il nous paraît que trois fois le bât nous blesse et nous demandons : 1° Consultation ou visite dans la résidence au minimum de quarante sous (nous parlons pour notre arrondissement) ; 2° Décompte des kilomètres à partir du centre de gravité du bourg où nous résidons et non à partir de la limite (hypothétique) du territoire de notre commune ; 3° Prix des opérations unifié indépendamment du chiffre de la population.

Mais le Concours va sans aucun doute résumer la question et le Syndicat s'inspirera de ce résumé espéré.

De la connaissance des faits, us et coutumes du Congrès, il résulte que notre Syndicat devrait adhérer à l'Union des Syndicats médicaux : seulement il s'agit d'engager une dépense, ce qui est le privilège de l'assemblée *obligatoire* de novembre.

C. — Repos hebdomadaire. C'est le dada actuel de notre secrétaire ; par déférence pour sa barbe blanchissante ou bien par sympathie personnelle, les syndiqués ont bien voulu examiner la question et prendre souci du rapport qui pourrait bien exister entre *notre repos du Dimanche* et la permanence d'un moyen de communication public et rapide ce dit Dimanche.

Quelques méchants ont fait observer qu'ils ne tenaient pas du tout à jouir de leur hebdomadaire repos justement le Dimanche : les trains sont encombrés, les automobiles empoisonnent de poussières nos routes, les cyclistes bousculent les passants... le Dimanche.

Mais d'aucuns médecins ont des parents ou amis qui ne sont point médecins et qu'on voit en liberté le Dimanche à l'exclusion des jours sur semaine. D'où utilité d'être quelquefois libre le dimanche—même quand on a le malheur d'être médecin.

D'ailleurs, il faut reconnaître que, à part de rares individualités jalouses d'embêter leur prochain, nos clients trouvent juste la raréfaction des visites dominicales. En fait nous sommes moins occupés le Dimanche que les autres jours... ce qui ne veut pas dire du tout que nous soyons libres de nous en aller : nous n'avons rien à faire (ou presque) mais il nous faut *monter la garde*.

Le dimanche est, en effet, le jour choisi pour les accidents : beaucoup de gens sur les routes, cela expliquerait tout si la question du téléphone n'intervenait déjà, au moins notre Secrétaire l'affirme, en retardant les appels au médecin.

Mais là n'est pas le point le plus grave. Le repos hebdomadaire des médecins (dominical pour les uns, à jour ouvrable pour les autres) ne nous paraît pouvoir être organisé que par une entente entre bons voisins tous munis du téléphone. Le Dr X. s'en va (et il est libre de s'en aller *quand il veut*), il s'expose à deux embêtements : être lâché par son client, d'où danger pour la bourse ; laisser un client, un malade sérieux, dans l'embarras, d'où *remords*.

Selon le tempérament le médecin envisage surtout ceci ou plutôt cela. En réalité cette idée-ci, au village, nous tracasse beaucoup plus que cette idée-là.

Or, à l'époque actuelle, le téléphone manquant dès 10 heures du matin le dimanche, cette préoccupation de laisser injustement un malade dans l'embarras est beaucoup plus grande le dimanche que les autres jours. Les autres jours le téléphone du Dr X. appellera à la rescousse le Dr Y ou le Dr Z., et le secours viendra tout de même au patient impatient : le dimanche il est... dix heures sonnées !

C'est pourquoi nous sommes amenés à désirer la permanence du téléphone le dimanche.

Entre désirer et demander il y a un grand pas. Si notre Syndicat se décide à franchir ce pas, c'est qu'il lui a été loisible d'examiner les autres côtés de la question qui sont : 1° Les besoins du grand public ce même dimanche ; 2° Le sort des employés des P. T. et T. condamnés au téléphone à perpétuité.

Les besoins du public : ça nous ennuie de ne pas avoir été là pour porter secours à qui le demande, ... mais celui qui demandait ce secours existe ; il est plus qu'ennuyé lui de notre absence. Or, si on doit considérer que ce cas *d'appel au médecin* n'est pas le seul besoin qu'ont les gens de désirer le Téléphone permanent le Dimanche, on doit proclamer que ce cas est bien le *type* des besoins publics le Dimanche.

On a lâché ses habitudes, son travail, sa maison, *sa localité* ; *on* se balade, pour cause de repos. Survient une circonstance imprévue, panne, pluie invitation à dîner, fatigue....... maladie ou accident, et *on* voudrait prévenir, appeler, s'excuser etc...... ! Rien à faire, le Téléphone est fermé à dix heures du matin. Ainsi un incident de rien du tout devient une affaire de tous les diables.

Les employés : Par contre à midi et jusqu'à deux heures et plus, les facteurs distribuent des lettres ; toute la journée Madame la Receveuse vient expédier des sacs de dépêches : sans arrêt, les ambulants clanent, déclanent ces sacs et leur contenu. La moitié *du monde* est absente à l'arrivée : lettres, sacs et employés ont perdu leur temps pour des prunes. Le Téléphone, qui seul serait utile ne marche pas.

Nous pensons que c'est bête et nous demandons un échange : que les lettres dorment 24 heures durant une fois la semaine et que le téléphone marche le Dimanche.

Tout le monde y gagnera.

Voici donc les vœux que nous soumettons aux pouvoirs publics.

1° *a*) Aux municipalités.

Que toute agglomération (commune ou hameau) *où existe un bureau de tabac soit pourvue d'un poste téléphonique confié au gérant de ce Bureau de tabac* (1).

b) A M. le Ministre des Finances :

Que l'obligation de gérer ce poste soit inscrite au nombre des clauses du cahier des charges imposées par lui aux dits gérants.

c) A M. le Sous-secrétaire d'Etat des Postes, Télégraphes et Téléphone (et à son Ministre des Travaux publics, si besoin est).

Que ce poste puisse (pour cause d'économies) être réduit à sa plus simple expression : appareils à 120 francs, fil fin à 150 francs le kilomètre *comme chez un abonné vulgaire*, au lieu de l'onéreuse cabine avec Tableau à 1800 francs et du gros fil à 300 francs le kilomètre (actuellement imposés sous prétexte que cela deviendra le centre d'un réseau), (2) sans autre charge que l'abonnement annuel de quarante francs.

2° Au conseil général de Seine-et-Oise.

Que, systématiquement, chaque Bureau des P. T. et T. soit relié par fils téléphoniques directs à tous les Bureaux des Postes voisins (3) ; *il y aura intérêt à commencer par relier entr'eux tous les chefs-lieux de Canton qu'ils soient ou non du même arrondissement ou du même département.*

(1) Pour ne pas faire un prisonnier de plus.

(2) M. Quelconque habite le village Idem à 4 kilomètres du bureau des postes du centre. Il s'abonne ; ça lui coûte $120 + 150 \times 4 = 720$ francs. — La commune veut un poste *commun* ; il faut qu'elle *avance* $1800 + 300 \times 4 = 3000$ francs *au moins*.

(3) Une mauvaise langue nous assure que la Seine-et-Oise est, à ce point de vue, fort en retard sur certains Départements actifs.

3° Au même :

Pour assurer les vacances prévues ci-après ;

Que les recettes gérées par des receveurs boitiers à facteur unique, soient doublées par l'installation d'un poste simple au Bureau de tabac voisin (coût 120 francs).

4° A M. le Sous-secrétaire d'Etat des P.T.et T. .... et aussi au personnel de cette Administration :

Que tous les courriers à l'arrivée et toutes les distributions de lettres, etc., soient supprimées après la première distribution du Dimanche matin et jusqu'à la seconde du Lundi.

Que tous les courriers au départ et toutes les levées, etc., soient supprimées depuis le samedi minuit jusqu'au premier départ ordinaire du Lundi matin.

Mais que, en échange, chaque membre du personnel, facteurs compris, monte la garde à tour de rôle devant le poste téléphonique pendant toute la journée du Dimanche.

Amen !

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet sollicite chaque syndicat médical d'examiner les vœux qui précèdent, de les faire siens, s'ils ont son agrément et de les transmettre à qui de droit.

Les médecins de l'arrondissement de Rambouillet font observer que cette affaire intéresse énormément les médecins ruraux, les médecins de village, ... mais qu'elle intéresse non moins les médecins de la ville en tant qu'ils vont passer volontiers leurs Dimanches au grand air.

C'est ainsi que la première approbation *espérée* est celle de la Société d'obstétrique de Paris.

Le secrétaire du Syndicat,
Jean CAMESCASSE.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Triomphe encore plus relatif

Josselin, 15 juin 1907,

Monsieur le directeur

Je viens de prendre connaissance d'un article de votre excellent journal *Le Concours médical* intitulé « Le triomphe relatif » concernant la Société de secours mutuels que j'ai contribué à fonder en 1868 et que je préside depuis 18 ans. Au nom de cette Société je vous prie d'insérer dans votre journal les rectifications suivantes.

M. Feyfant n'a été admis comme membre honoraire qu'au 1er janvier 1907, alors que nous étions décidés à porter à 1 fr. le prix des visites d'accord avec 3 docteurs de la ville, M. Feyfant demandait à la Société le tarif de l'assistance publique *cette demande a été rejetée car ce tarif a été jugé trop élastique et onéreux entre les mains d'un médecin qui serait peu scrupuleux*, donc la société *n'a pas capitulé*, mais bien M. Feyfant, puisque, sa demande étant rejetée il s'est incliné, quant, aux statuts voici les erreurs :

La cotisation mensuelle est d'un franc et elle accorde en cas de maladie les soins médicaux et le secours journalier de 1 franc et non de 1 fr. 50. A 65 ans d'âge et 25 ans de sociétariat,

un secours de 68 fr. par an et non 365 francs et (*après la mort*) comme le dit M. Feyfant, la société se charge des frais funéraires. Je ne m'explique pas comment nos sociétaires sont gavés de sirops et quinquinas car les médicaments ne sont délivrés que sur ordonnances. Il est certain que les prescriptions sont quelquefois exagérées, mais je n'y puis rien.

M. Feyfant engage ses confrères à agir avec sa tenacité pour mettre à la raison les Sociétés de secours mutuels.... Merci pour les Sociétés docteur, le bureau de ma société ne vous félicitera pas peut-être de votre zèle et je vous rappellerai ce qui est arrivé à votre prédécesseur.

Veuillez, Monsieur le directeur, recevoir mes salutations.

THOUAULT DU HAUTVILLE,

Président de la Société de secours mutuels de Josselin (Morbihan).

N. D. L. R. Le *Concours médical* a beaucoup de lecteurs qu'il ignore et que ses abonnés lui procurent occasionnellement. Cela lui vaut des lettres du genre de celle ci-dessus que nous nous empressons de publier.

Il est bon, en effet, de ne pas laisser persister cette grave erreur du confrère Feyfant « que l'indemnité journalière est de 1 fr. et non de 1 fr. 50 ».

Mais il est meilleur encore de faire savoir que la Société de secours mutuels n a pas *capitulé* quand on lui demandait.... d'élever les honoraires jusqu'aux chiffres de l'assistance ! !

Le titre que nous avions donné à la lettre est donc encore bien plus exact que nous l'avions cru. « Triomphe très relatif », en effet, si l'accord des quatre confrères de Josselin a été sans défaillance.

Tiendrait-il dans le cas où M. Feyfant serait acculé au *sort de son prédécesseur* ?

R. S. V. P., chers confrères de Josselin.

REPORTAGE MÉDICAL

La Commission sénatoriale de l'enseignement supérieur. — Nous lisons que le Sénat vient de réélire le bureau de sa commission de l'enseignement supérieur en lui donnant pour président M. Charles Dupuy, pour secrétaire M. Maurice Faure, et que cette commission va entendre d'abord M. Liard, vice-recteur de l'Université de Paris, président de la Commission ministérielle de la réforme des études médicales.

Le Comité de vigilance du Congrès des Praticiens croira sans doute aussi de son devoir d'aller porter là un écho précis des revendications si unanimes du Corps médical. Il y aurait faute grave à laisser passer cette occasion.

Communiqué. = La Société des Eaux de Châtel Guyon a l'honneur de prévenir MM. les Docteurs que l'émission aux 3.400 Actions nouvelles de Châtel-Guyon se trouvant entièrement couverte, elle se voie dans la nécessité de refuser désormais toute nouvelle souscription.

Facultés et Hôpitaux.

Le vœu sur l'incomptabilité des fonctions de professeur d'une science accessoire avec les fonctions de médecin chirurgien accoucheur des hôpitaux, émis par le Conseil de la Faculté, a été écarté par la section permanente du Conseil de l'Instruction publique. Il a été considéré, en effet, comme contraire à la jurisprudence et à l'équité, comme ayant un effet rétroactif, comme lésant enfin les droits acquis de *plusieurs agrégés* spécialisés.

— Un cours de perfectionnement comprenant 54 conférences théoriques et pratiques de clinique infantile, aura lieu du 1er au 31 juillet 1907, à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours.

Les conférences seront faites par MM. Méry, P. Armand Delille, L. Babonneix, A. Zuber, Jean Hallé, E. Terrien, Grisel, Gasne, Ed. Rist, B. Weill-Hallé, Félix Terrien, Cuvillier et Laret.

Des excursions auront lieu le dimanche à la Pouponnière de Versailles et au Lactucarium, à Berck-sur-Mer, avec billets à tarif réduit. Visite du service de la teigne à l'hôpital Saint-Louis, des services d'enfants arriérés à l'hospice de Bicêtre.

Le droit à verser est de 100 francs; s'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

— Le concours d'accoucheur des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Couvelaire et Funck.

— La chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Sous la direction de M. le Prof. de Lapersonne, MM. Monthus et Cantonnet, chefs de clinique feront du 26 août au 7 septembre 1907, un cours de revision avec présentations et examens de malades.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs. S'inscrire à la Faculté à partir du 1er juillet.

— Sous la direction de M. le Dr Pichevin, chef des travaux gynécologiques, M. Félix Marsan, interne du service, commencera, le mercredi 3 juillet, à 5 h., à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, une série de 12 conférences de gynécologie et les continuera le vendredi et le lundi à la même heure. Les élèves assisteront aux opérations faites dans le service et seront exercés individuellement au toucher gynécologique, à la consultation, les lundis mercredis et samedis à 9 h. 1/2 à la salle Saint-Jean. Droits d'inscriptions, 50 francs. Prière de s'inscrire d'avance chez le concierge de l'Hôtel-Dieu.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs EVESQUE, sénateur de la Drôme et PORTEMER, de Crépy-en-Valois (Oise), membres du « Concours médical. »

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 27 Dimanche 7 JUILLET 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Séance du 27 Juin 1907

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Cézilly, Diverneresse, Daverne, secrétaire de la Direction.

Le Conseil décide que le moment est venu de préparer le tirage au sort de la bourse du Voyage d'Etudes Médicales et d'inviter les confrères, par le prochain numéro du journal, à lui faire parvenir leurs demandes.

Il charge le secrétaire de la Direction d'informer MM. les Drs Vigne (de Lyon), Lépine (de Belleville-sur-Saône) que le Conseil les prie d'accepter le titre et les fonctions de *Correspondant* pour le département du Rhône ; même décision est prise au sujet de M. le Dr Odin (de Saint-Galmier). pour le département de la Loire.

Au sujet de la *campagne contre le projet Caillaux*, le Conseil déclare se borner à reproduire le sentiment traduit par l'Assemblée générale de novembre dernier et demande :

Que l'impôt sur le revenu, s'il est établi sous une forme ou une autre, respecte le Secret professionnel et tienne compte au médecin par déduction de tous ses frais des charges qui lui incombent, des frais généraux professionnels.

MM. Diverneresse, Gassot et Jeanne rendent compte des travaux auxquels ils ont participé dans le *Comité de vigilance du Congrès des praticiens*. MM. Gassot et Gouffier restent chargés d'y suivre particulièrement la question de la Réforme des études médicales : M. Diverneresse continuera sa lutte ardente en faveur de l'application de la liberté de choix partout et toujours ; M. Jeanne se fera, par le journal, l'écho des revendications du Comité de vigilance et de ses décisions.

MM. Diverneresse et Jeanne donnent lecture d'un compte rendu, publié au *Bulletin* de l'Association Générale, des résultats auxquels est parvenue, dans sa dernière réunion plénière, la *Commisson médico-mutualiste*, présidée par M. Loubet. — Le Conseil a décidé que ce compte rendu sera publié par le *Concours Médical* et que MM. Jeanne et Diverneresse peuvent continuer de prêter leur concours à l'Union des Syndicats, pour obtenir la consécration de l'accord sur ces bases qui respectent la liberté de choix en faveur du mutualiste.

La *Rédaction du journal* est invitée à poursuivre ses études sur l'application de la loi de 1902, sur la réorganisation des études pharmaceutiques soumise récemment à la presse médicale par l'article de la *Tribune*, reproduit au der-

nier numéro, sur les avantages que pourrait offrir aux médecins l'assurance mutuelle de leurs moyens de transport par l' « Ancre médicale » créée par nos confrères de Lyon et du Rhône, etc..., etc.

Il est procédé ensuite à une *revue générale* de la situation et de la marche *des œuvres filiales*, qui, toutes, donnent satisfaction. Toutefois M. le Dr Maurat, gérant du Patronage, fait remarquer la peine qu'il éprouve à maintenir chez les sociétaires cet esprit d'initiative locale et d'action constante d'où dépend le plein et rapide développement de l'œuvre. Le Conseil décide à ce sujet qu'il va étudier un moyen de faire servir toute la correspondance quotidienne du Bureau à rendre moins difficile la tâche du Dr Maurat, et de publier la récente circulaire du Comité.

Le Conseil décide enfin de poursuivre, de concert avec le « Sou Médical », l'étude de l'organisation, par une précieuse collaboration, d'un service de contentieux fonctionnant sous le contrôle du Conseil du Sou, et pouvant se subdiviser progressivement en plusieurs branches suivant les besoins qui seraient révélés par les demandes de nos confrères.

Le dépouillement de la correspondance réservée pour les délibérations du Conseil amène à s'arrêter sur la revision du décret de 1896 relatif à la police sanitaire maritime. Il est décidé à ce sujet que l'avis du Conseil de Direction reste conforme à celui du Congrès des Praticiens, à savoir que :

« *Tout ce qui contribuera à améliorer le sort du* « *médecin naviguant, à garantir son indépendance* « *par rapport (seule condition qui assurera l'utilité de son rôle) aux Compagnies et aux armateurs,* « *à protéger ses vieux jours par la retraite, mérite* « *approbation, mais que rien n'autorise le maintien* « *du diplôme obligatoire de médecin sanitaire maritime parce que les connaissances qu'il exige n'ont* « *rien de spécial, et parce qu'il peut être remplacé* « *par un simple examen d'aptitude portant sur les* « *matières administratives, absolument comme on l'a* « *fait pour le service d'inspection départementale des* « *enfants assistés par le décret du* 28 *juillet* 1906, « *qui sera publié à un prochain numéro du journal.*

Connaissance est prise : 1° de la proposition Soller à l'Assistance publique relativement au contrôle par des *non-médecins* des actes médicaux et chirurgicaux dans les hôpitaux de Paris ; 2° d'un prospectus de librairie distribué par tous les camelots et cherchant à mettre le corps médical en mauvaise posture devant le public. Le Conseil, renseigné sur les origines de cette campagne, déclare s'associer aux appréciations qui en ont été faites dans les groupements médicaux parisiens, et considère que le caractère tendancieux et la forme charentonnesque de ces attaques ne méritent pas une plus longue attention.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire,

Dr R. DAVERNE

PROPOS DU JOUR

Il y a Syndicats et Syndicats.

Divers journaux de médecine viennent de reproduire la note suivante que l'Association de la Presse médicale leur adressait d'ailleurs en communiqué.

Le Dr Paulet, de Sommières (Gard), demande l'insertion de l'avis ci-dessous :

« Les médecins donnant leurs soins gratuits à la gendarmerie, qui approuveraient le projet de former une Association syndicale pour revendiquer certains avantages, tels que le quart de place militaire, etc., sont priés d'envoyer immédiatement leur adhésion au Dr Paulet, à Sommières (Gard) ».

Ici, nous ne sommes pas suspects d'antisyndicalisme : du syndicat, surtout par nous, on en a mis un peu partout dans la profession médicale.

Et ce n'est même pas fini, car nous voudrions voir telles catégories de confrères qui ont, *de par les lois existantes*, l'avantage ou l'inconvénient d'être soumis à un pouvoir ou à un autre, se syndiquer spécialement entre eux pour la défense des intérêts spéciaux nés de cette situation : ainsi les médecins d'hôpitaux grands ou petits contre le célèbre : « Tout compris » du paragraphe 2 de l'article 4 de la loi accidents de 1905 ; ainsi les médecins légistes contre la façon dont s'appliquent les tarifs médico-légaux, etc., etc.

Mais jamais, nous devons l'avouer, ne nous serait venue l'idée que propage M. le Dr Paulet.

S'il plaît, en effet, à quelques confrères de donner leurs soins gratuits à la gendarmerie, nous les prions de reconnaître : 1° que rien ne les y oblige ; 2° qu'ils seraient beaucoup plus dans l'attitude médicale correcte, en laissant les gendarmes choisir leur médecin et transmettre ensuite les notes d'honoraires au Ministère chargé de subvenir à leurs besoins. Le Congrès des Praticiens a, pendant trois jours, voté dans cet esprit-là.

Comment ? Ces confrères accapareraient nos clients au baudrier jaune par un rabais déplacé et quelques lèchements de pieds particulièrement parfumés, et ils trouveraient naturel ensuite de circuler à quart de place, aux frais de la princesse, c'est-à-dire à nos frais, car c'est avec notre argent de contribuables, qu'on subventionne les Compagnies de chemin de fer tombées dans le déficit irrémédiable !

Allons, la chose n'est possible qu'à la condition suivante : « C'est que tous les médecins soigneront les gendarmes et auront *tous* droit au quart de place. »

Si le syndicat projeté bâtit ses statuts sur ce principe, nous passerons condamnation sur les considérations d'intérêt particulier qui mirent peut-être en mouvement ses protagonistes, et nous suivrons sympathiquement son effort.

Mais si, au contraire, il s'agit de tirer les marrons du feu pour les rabaisiens monopolisateurs, nous laisserons l'Association de la Presse médicale se mettre en frais et réserverons pour la défense

des intérêts généraux l'énergie que nous entendons n'employer qu'à bon escient.

Les médailles Gallifet et André n'ont vraiment pas suffi longtemps aux amateurs de gratuité pour soins à Pandore et à sa famille !

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Les bouillons de légumes et l'eau de riz contre la diarrhée infantile

Nous avons parlé récemment de la vogue inouïe des bouillons de légumes contre la diarrhée infantile.

Il existe deux sortes de bouillons de légumes, celui de M. Méry.

Eau	1	litre
Pommes de terre	65	grammes
Carottes	65	—
Navets	25	—
Haricots et pois secs.	25	—

Faire cuire pendant 3 heures et ajouter 5 gr. de sel en ayant soin de ramener la quantité au litre.

Passer le bouillon.

Ensuite, ajouter une cuillerée à café de farine de riz pour 100 gr. de bouillon et laisser cuire 1/4 d'heure

et celui de M. Comby :

1° Faire bouillir 3 heures dans 3 litres d'eau une cuillerée à soupe (30 gr.) de :

Blé............
Orge perlé......
Maïs concassé...
Haricots secs...
Pois secs ....
Lentilles ....

} bruts ou décortiqués.

Les légumes décortiqués donnent un bouillon plus nourrissant. A la fin de la cuisson, ajouter 5 gr. de sel. On passe ; il reste environ un litre de bouillon qu'on ne gardera pas plus de 24 heures.

2° Donner, chaque 3 heures, un biberon de 150 gr. ou une tasse de 200 à 250 gr. (suivant l'âge) de la décoction végétale pure ou additionnée de crême d'orge ou de riz (une cuillerée à café ou à dessert). Faire une bouillie ;

3° Pour les enfants sevrés, on pourra faire des potages plus épais, avec riz, semoule, tapioca, pâtes, etc...

M. Variot proclame la supériorité de l'eau de riz qu'il considère comme plus nourrissante. En effet, dit-il, savez-vous ce que contient le bouillon de légumes comme matériaux nutritifs ? Eh bien ! voici, d'après M. Chevalier :

Pour un litre :

Matières organiques totales...	4	gr.	50
Matières azotées............	0	gr.	70
Sels minéraux.............	7	gr.	80

Il n'y a donc, en réalité, dans cette décoction, qu'une proportion extrêmement réduite de substances organiques, et ce serait une grave erreur d'admettre qu'il peut être *nourrissant*.

Au contraire, l'eau de riz qui s'obtient en faisant bouillir pendant une heure 2 cuillerées à soupe de riz dans un litre d'eau, est une préparation très riche en amidon.

Voici, d'après M. Chevalier quelle est la teneur de l'eau de riz en principes fixes. Eau de riz avec 50 grammes de riz par litre d'eau additionnée de 4 grammes de sel :

Extrait sec à 100° après filtration sur une étamine, 8 à 17 grammes par litre très variable suivant la qualité du riz et suivant la manière dont on le fait cuire. Les riz glacés fournissent un extrait plus important.

Par filtration sur papier Chardin.

Extrait à 100°, 3.60 environ ; une partie de chlorure de sodium reste fixée sur le riz.

L'extrait est constitué en grande partie par de l'amidon hydraté ou partiellement solubilisé. Il ne contient qu'une très faible quantité de matières azotées et de sels.

Lorsqu'un enfant est atteint d'une diarrhée intense on supprime entièrement le lait et on remplace les tétées par des prises d'eau de riz ; on donne en outre des lavements matin et soir avec une poire en caoutchouc chargée d'eau de riz.

Les lavages d'intestin à Châtel-Guyon.

Notre confrère, le Dr Duchesne, nous demande de rectifier une assertion qu'il juge inexacte en ce qui concerne Châtel-Guyon et qu'il a lue dans le dernier article du Dr Paul Huguenin intitulée : « Erreurs d'autrefois, vérités aujourd'hui. »

« Me plaçant, dit-il, uniquement au point de vue de Châtel-Guyon, je crois devoir éclairer votre religion mal informée, en vous faisant connaître que les irrigations y sont plus que jamais en honneur et que leur vogue n'est d'ailleurs que le corollaire de leur efficacité. Entendons-nous pourtant : il s'agit de lavages pratiqués avec de petites quantités de liquide, sous très basse pression et non pas de douches ascendantes.

« Quant à la sonde molle « Châtel-Guyon Gubler », elle est appréciée à ce point, qu'il en a été vendu plus de 10.000 exemplaires l'année dernière, »

Il nous semble cependant, cher contradicteur, que vous proclamez précisément les mêmes faits que ceux auquels fait allusion le Dr Huguenin : *Suppression des grands lavages, et emploi de petites quantités de liquide sous basse pression.* En ce qui concerne l'énorme quantité de sondes vendues, cela démontre bien l'engouement du public pour ces engins, mais ne prouve pas la complète innocuité de leur emploi dans des mains non exercées.

Les enveloppements froids avec le drap mouillé dans la pneumonie infantile.

M. le Dr Hékinoglou a consacré dans *La Clinique* une étude au traitement de la pneumonie infantile par les enveloppements froids : « Nous

nous sommes bien trouvé, dit-il, de l'application d'un mode particulier de la balnéation froide : les *enveloppements froids dans le drap mouillé.* Ce procédé, moins brutal que le bain froid, est tout à fait facile à appliquer et peut être utlisé par les mères de famille elles-mêmes.

Dès que la température du rectum monte au-dessus de 39° à 39°5, nous conseillons leur emploi, et leurs effets bienfaisants ne tardent pas à apparaître. La température tombe au moins d'un degré, le malade accuse une sensation de bien-être, la respiration devient plus ample, la dyspnée cesse, les urines coulent en abondance, les convulsions diminuent puis disparaissent, l'agitation se calme tout à fait, le pouls devient plein et fort, et dans la plupart des cas, la crise survient et le malade guérit.

Notre méthode différant un peu de celle qui est généralement employée, nous la décrivons dans l'espoir d'être utile à nos confrères.

Sur un lit, nous étalons une couverture de laine et par-dessus un drap trempé dans de l'eau à 10-15 degrés, selon le cas, et bien exprimé ; nous plaçons alors le malade sur ce drap, avec lequel nous l'enveloppons bien, en repliant le drap entre les jambes et les bras. Nous veillons à ce que tout le corps soit en contact avec le drap mouillé, qui sera en ce moment presque plaqué sur lui. Puis nous couvrons le malade avec la couverture de laine. Tout ceci est bien connu et d'un usage courant.

Notre méthode consiste à laisser le malade dans le drap mouillé jusqu'à complète guérison ou du moins jusqu'à disparition des symptômes graves, tels que convulsions, trismus, opisthotonos, signe de Kernig, etc. Aussi toutes les demi-heures, si la température du rectum dépasse 40 degrés, renouvelons-nous le drap mouillé pendant toute la journée et la nuit, si la température ne s'abaisse pas et les symptômes graves persistent,

Nous avons eu plusieurs cas favorables, au cours desquels nos malades sont restés dans le drap pendant sept à dix jours, le renouvellement se faisait toutes les demi-heures, puis toutes les heures. Dernièrement, mon enfant âgé de neuf mois, chez qui le symptôme prédominant, avec une pyrexie de 40 degrés, était l'opisthotonos et les convulsions, fut traité exclusivement par le drap mouillé, sans aucun autre médicament, et il est resté dans le drap mouillé renouvelé pendant 96 heures ; la crise est survenue avec disparition de l'opisthotonos, des convulsions et l'abaissement de la température. En terminant, je conseille cette méthode à tous les praticiens, car, appliquée dès l'apparition des symptômes graves, elle donne des résultats excellents et inattendus, et des guérisons certaines dans des cas où toutes les autres médications employées ont fait défaut.

Traitement de la neurasthénie.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE PRATIQUE

Le traitement des tumeurs inflammatoires des annexes.

C'est là une question importante à résoudre pour les gynécologues en raison de la fréquence de ces affections inflammatoires péri-utérines, dans les villes tout particulièrement, où ces lésions tubaires et tubo-ovariennes constituent pour ainsi dire « le pain quotidien » des gynécologues.

Les annexites aiguës, consécutives le plus souvent à des infections gonococciques ou à des avortements infectés, sont dans la plupart des cas considérées par le médecin comme un « noli me tangere » total. Le repos au lit *absolu* constitue, il est vrai, l'indication principale du traitement, et il est parfois nécessaire de le continuer durant plusieurs semaines ; en tous cas l'on doit persister jusqu'à ce que, non seulement toute douleur ait disparu, mais encore que la palpa-

tion bimanuelle ne révèle plus aucun signe pathologique. Ce repos au lit, associé à l'administration de narcotiques, à l'application de cataplasmes, sera le plus souvent susceptible d'amener la guérison, même si des crises intenses sont survenues. Mais il n'y a pas de règle sans exceptions. Il est des cas où des tuméfactions tubaires aiguës, malgré le repos le plus complet, prennent un développement si rapide qu'une intervention opératoire devient absolument nécessaire. Dans une observation de ce genre, citée par Steffeck (*Munch. med. Wochens.* décembre 1905), il y avait une infection gonococcique ; en l'espace de dix jours, les trompes, autrefois grosses comme un doigt, se tuméfièrent au point de dépasser l'ombilic. Or dans ces conditions l'opération de choix consiste dans l'incision par le cul-de-sac postérieur du vagin avec drainage consécutif. Le repli de Douglas est ouvert ; sous la conduite d'un doigt, la pince à pansement pénètre dans la tumeur, et le pus s'écoule ; enfin les cloisons diverticulaires de l'abcès sont déchirées au doigt, pendant que l'on exerce une pression sur l'abdomen pour faciliter cette opération ; on fait un drainage au moyen d'un tube de caoutchouc en T, et la guérison est généralement obtenue au bout de quatorze jours.

L'incision par la voie vaginale constitue donc, dans ces cas aigus, la seule opération efficace, sans dangers.

Il est tout à fait exceptionnel que l'on soit obligé dans les cas *aigus* de pratiquer une intervention plus importante ; on doit avoir pour ligne de conduite habituelle la méthode expectative, et n'opérer qu'exceptionnellement en faisant une simple incision vaginale.

Plus compliqué et plus difficultueux devient le traitement dans les cas *chroniques*. La physionomie de cette affection est essentiellement variable ; ce sont ou bien des altérations à peine perceptibles, parfois même impossibles à déceler, ou bien de petits épaississements, constitués par l'agglutination de l'extrémité tubaire avec l'ovaire ; ce sont encore des tumeurs atteignant ou dépassant le volume soit d'un œuf de poule, soit d'une tête d'enfant..

Les symptômes ne correspondent pas toujours à l'étendue de la lésion. Certaines patientes souffrent beaucoup avec des altérations locales minimes ; d'autres n'éprouvent pas de douleurs notables, malgré de grosses tumeurs.

Or, les symptômes seuls doivent guider notre thérapeutique ; nous opérerons quand le traitement conservateur ne nous aura pas donné de résultats, ou quand de fréquentes récidives se manifesteront. Et d'ailleurs plus notre expérience sera grande, plus tôt nous pourrons décider ou non une intervention dans un cas donné.

Il sera préférable, pour un praticien peu expérimenté de toujours instituer au début un traitement conservateur. Celui-ci consistera principalement comme dans les cas aigus dans le repos au lit. Plus celui-ci sera prolongé, meilleurs en seront les effets. S'il est possible de faire garder le lit pendant plusieurs mois, on verra des tuméfactions disparaître, contre toutes les espérances que l'on pouvait avoir dès l'abord. Malheureusement cette longue immobilisation est un problème difficile à résoudre dans la pratique. Il est donc nécessaire de pouvoir diminuer la durée de ce repos au lit par des moyens auxiliaires.

Dans cet ordre d'idées, on vante beaucoup l'hydrothérapie sous toutes ses formes ; ce procédé, dit Steffeck, ne nuit pas, mais il n'a pas non plus grande utilité. L'auteur condamne absolument le massage. La compression abdominale et vaginale semble diminuer notablement le séjour au lit. L'ichtyol sous la forme de tampons, de pommade, ou pris à l'intérieur, est inoffensif.

Le moyen de beaucoup le plus efficace serait le traitement par l'air chaud. Celui-ci, je le recommande particulièrement dans les exsudats anciens. Il permet de juger après une exécution attentive durant 4 semaines, de décider si un cas donné peut agir par la méthode conservatrice, ou s'il doit être opéré. Il diminue donc aussi, d'une manière indirecte, le séjour au lit et les souffrances.

En ce qui concerne l'intervention opératoire, Steffeck conseille la voie vaginale, il ne pratique qu'exceptionnellement la laparotomie pour les tumeurs annexielles. Il faut alors, dit-il, choisir entre trois méthodes : 1° l'incision vaginale ; 2° l'extirpation des annexes seules ; 3° l'extirpation des annexes et de l'utérus, ou de l'utérus seul.

L'auteur emploie de préférence la première méthode, l'incision vaginale, chez les jeunes patientes (pour conserver la menstruation) et dans l'inflammation bilatérale. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas de tumeurs tubaires simples, sans participation essentielle des ovaires, par conséquent dans les pyo et hydro-salpingites. Si, par contre, les ovaires sont particulièrement intéressés — ce que l'on sent à la consistance plus grande des tumeurs — l'incision simple avec drainage consécutif ne donne pas de résultats brillants. Les récidives sont fréquentes, car ces tumeurs étant poly-diverticulaires, il est impossible d'ouvrir et de drainer tous les diverticules. Les cavités restées intactes persistent, et provoquent bientôt une recrudescence de la tumeur.

En se conformant à ces principes, Steffeck a pratiqué 35 fois l'incision vaginale : il n'a observé que deux récidives, traitées plus tard par l'extirpation. Tous les autres cas ont été suivis de guérison après la première ouverture. En principe, il ne faut pas ouvrir la tumeur à l'aveuglette après la colpotomie ; il est nécessaire d'inciser tout d'abord le cul-de-sac de Douglas, puis de se rendre compte au doigt du siège et du volume de la tumeur ; alors seulement on guidera la pince à pansement sur un doigt indicateur, et l'on ouvrira tous les diverticules pour les drainer ensuite.

La deuxième méthode, extirpation des annexes seules sans l'utérus, se recommande pour les tumeurs tubo-ovariennes, dans les cas chroniques, qui ont résisté énergiquement au traitement conservateur. C'est une méthode, qui doit être étudiée avec attention, car elle est la plus difficile de toutes.

C'est la colpotomie antérieure qui offre la voie d'accès la plus facile, que les tumeurs soient ou non situées haut et profondément. Néanmoins, quand ces tumeurs sont situées très profondément, quand elles sont très adhérentes au plancher périnéal, il est souvent préférable d'ouvrir tout d'abord le cul-de-sac de Douglas, et de les rendre libre au moyen d'instruments contondants ou des doigts, de libérer en même temps l'utérus, s'il y a rétroflexion fixée. Aussitôt après

on pratique la colpotomie antérieure, on libère la vessie, on ouvre le péritoine, et l'utérus est attiré autant que possible en avant de la vulve. C'est alors que commence la partie la plus importante de l'opération, l'isolement complet de tumeurs. C'est une erreur complète de vouloir par des tractions exercées au moyen de pinces à forci-pressure libérer les trompes ; celles-ci se déchirent, il y a hémorrhagie et le champ opératoire s'obscurcit. Mieux vaut introduire dans la cavité abdominale deux doigts d'une main, chercher à gagner l'extrémité de la tumeur, libérer la masse formée par les trompes et les ovaires et l'amener à l'ouverture péritonéale. Si la tumeur est trop volumineuse, on y fait une ponction pour la vider au préalable. Il est très commode de passer avant la libération une anse de fil dans la paroi postérieure de l'utérus, et de confier ce fil à un aide, qui l'attire fortement en bas et en dehors. La tumeur, arrivée à l'orifice péritonéal est saisie avec une pince, puis des tractions sont exercées sur elle jusqu'à l'apparition nette du ligament infundibulo-pelvien, celui-ci est ligaturé, sectionné ; puis c'est le tour du ligament large, de la trompe à son extrémité utérine, et, du ligament ovarien.

Si les lésions sont bilatérales, on répète la même opération de chaque côté. L'extirpation terminée, on remet l'utérus en place, puis on suture la plaie vaginale antérieure, avec vaginofixation éventuelle de l'utérus. Si les tumeurs renfermaient du pus, s'il existait de nombreuses adhérences, le cul-de-sac de Douglas est tamponné à la gaze iodoformée, et le pansement laissé en place durant huit jours environ.

Il est faux de croire que cette méthode fasse opérer dans l'obscurité. Le seul temps que l'on exécute sans y voir, c'est la libération des tumeurs ; tout le reste est fait au jour sous la surveillance des yeux.

Quels sont à présent les résultats pratiques de cette opération ? Sur 85 interventions de ce genre, l'auteur a relevé un cas de mort, et encore s'agissait-il d'un abcès ovarien bilatéral récent, qui eût plutôt été justiciable à l'ablation radicale, ou de la simple incision. Ces résultats sont bien supérieurs à ceux de la laparotomie. A noter une blessure du rectum, et une blessure de l'intestin grêle, qui n'eurent pas de suites fâcheuses.

Reste enfin l'opération radicale, ou bien la castration utérine. Elle doit être réservée pour les cas les plus difficiles, où non seulement les deux annexes, mais encore l'utérus est atteint. Ce sont généralement des cas, très anciens, datant de plusieurs années, de pyosalpingite double avec urétrite chronique et péritonite, ce sont aussi des cas d'affection tubaire double avec dégénérescence myomateuse de l'utérus ; ce sont enfin des tumeurs annexielles si volumineuses et si adhérentes, parfois avec ouverture dans l'intestin, que leur extirpation, sans ablation de l'utérus, est techniquement impossible.

Pareils cas ne peuvent être traités par la laparotomie, si l'on ne veut pas mettre en jeu la vie de la malade. Ils sont justiciables de la méthode vaginale, quoique au début il puisse paraître impossible de mobiliser l'utérus. Les incisions vaginales antérieure et postérieure. la libération progressive par des instruments contondants des adhérences, et par suite la diminution de volume des tumeurs, toutes ces circonstances finissent par rendre l'utérus plus mobile, par faciliter son extirpation. Aussitôt après, les tumeurs descendent rapidement, et l'ablation définitive en devient aisée. Si ce dernier temps devenait impossible à réaliser, il faudrait ouvrir largement les tumeurs et drainer, c'est la castration utérine. Mieux vaut cependant s'efforcer de pratiquer l'opération radicale. Fidèle à ces principes, Steffeck n'a fait que 2 fois la castration utérine, et 23 fois l'opération radicale : en tout, un décès.

Il est toujours indiqué de faire une hémostase attentive, et de tamponner largement la cavité abdominale.

En résumé, sur 145 opérations vaginales, Steffeck n'a eu que 2 morts, soit 1,38 % ; et si l'on retranche 25 cas dans lesquels une laparotomie était impossible, on trouve 1 décès pour 120 opérations vaginales soit 0,7 %. D'autres gynécologues obtiendront certainement d'aussi bons résultats, car dans le cas particulier les résultats dépendent de la méthode.

Dr Georges.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Dr E. Vidal (d'Hyères) correspondant national, fait une communication sur la statistique décennale des causes de la mortalité des enfants protégés par la loi Roussel dans le Var.

Il résulte des rapports annuels des médecins inspecteurs de ce département, que les maladies des organes contenus dans la boîte cranienne sont, dans le Var, la principale cause des décès constatés parmi les enfants nourris en dehors de la surveillance paternelle, tandis que dans les Alpes-Maritimes, département limitrophe, d'après les statistiques publiées par MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, c'est la gastro-entérite qui tient le premier rang.

Que se passe-t-il à ce sujet dans le reste de la France ?

Il serait facile de le savoir en installant dans chaque département un service de statistique analogue à celui qui a été si heureusement inauguré dans le Var, par le Conseil général et le Comité départemental.

Recherchant les causes qui ont pu produire cet heureux résultat, le Dr Vidal indique en première ligne l'excellente organisation de la protection des enfants du premier âge qui permet au comité départemental de constater parmi ces nourrissons, et cela depuis plus de vingt années, une mortalité de beaucoup inférieure à celle indiquée sur les tables de Bertillon pour les enfants de cet âge qui sont restés dans leurs familles.

Grâce aux conseils réitérés du médecin inspecteur, les nourrices soignent mieux les enfants que par le passé, elle ne leur donnent plus des aliments indigestes, elles les tiennent plus propres et font ainsi disparaître les principales causes de la gastro-entérite et de l'entérite ; il y a donc lieu, conclut le Dr Vidal, de multiplier les consultations des nourrissons, non pas seulement les consultations particulières indiquées par Pierre Budin, mais des consultations ouvertes à toutes les nourrices mercenaires et placées sous la surveillance directe des bureaux de bienfaisance, comme cela

se passe actuellement dans la commune d'Hyères.

En présence des résultats si favorables obtenus dans le Var par l'application de la loi Roussel, n'y aurait-il pas un moyen, se demande le Dr Vidal, d'en étendre les bienfaits à un plus grand nombre de nourrissons et de faire surveiller toutes les nourrices mercenaires qui se trouvent dans les familles par des médecins inspecteurs, sans que ces derniers aient à pénétrer dans le domicile ?

Cette question si délicate. nous semble pouvoir être résolue par l'adoption des vœux suivants qui ont été émis en premier lieu par le Comité de la protection de la première enfance du Var et qui ont été successivement adoptés par le Conseil Général et par le Conseil d'Hygiène de ce département :

1° — Que dans les localités où se trouvent des médecins inspecteurs du service de la protection des enfants du premier âge, toutes les nourrices qui exercent leur profession dans les familles, subissent au préalable la visite de ces médecins, dans le but d'obtenir un certificat constatant leur aptitude à nourrir ;

2° — Que toutes les nourrices aient à se présenter chaque mois, dans le cabinet du médecin inspecteur, ou dans tout autre local indiqué par le règlement;

3° — Qu'il soit délivré à ces nourrices un livret spécial, sur lequel le médecin inspecteur inscrira ses observations et qui devra être visé par le père de famille (ou à son défaut par le Maire de la Commune) :

4° — Que dans le but de mieux protéger les enfants naturels, dont les mères reçoivent des secours de l'assistance publique, ces enfants soient soumis obligatoirement, et jusqu'à l'âge de deux ans, à la visite des médecins inspecteurs les plus rapprochés de leur domicile.

Les frais occasionnés par ces visites ou constatations seraient payés aux médecins par le service de la protection et réclamés aux parents par le percepteur des contributions directes, comme cela se fait déjà dans bien des communes pour les abonnements médicaux (1).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Action de l'hypochloruration dans le traitement bromuré de l'épilepsie.

En 1904, M. Linossier avait émis l'hypothèse suivante pour expliquer l'action de l'hypochloruration dans le traitement bromuré de l'épilepsie : s'il circule une grande quantité de NaCl dans l'organisme, les cellules, déjà imprégnées de ce sel, sont moins aptes à l'imprégnation par le bromure, qui dès lors ne peut se fixer et s'élimine. Par conséquent, l'action de la médication bromurée sera accrue par une réduction du chlorure de sodium ingéré.

Cette explication est combattue aujourd'hui par MM. Toulouse, Regnier et Piéron qui, dans une communication un peu technique, sur laquelle nous ne saurions ici nous appesantir, tendent à y substituer une théorie d'ordre physique.

A ce propos, M. Netter, présente quelques remarques intéressantes sur l'action de l'élément métal, de l'*ion* métallique (sodium, calcium,etc.,) qui entre dans la constitution d'un sel.

Le sodium, dit-il, exerce une influence stimulante sur le système nerveux et musculaire, et, dans les cas où prédominent les phénomènes d'excitabilité, il y a utilité à diminuer la teneur de l'organisme en sodium. On peut expliquer ainsi en partie l'influence heureuse de la déchloruration dans l'épilepsie.

Le calcium, ajoute M. Netter, a des effets absolument inverses. Il modère l'excitabilité des centres nerveux. M. Netter a obtenu, avec les sels de calcium, des succès tout à fait remarquables dans le traitement de la tétanie, du spasme glottique, des convulsions, de la laryngite striduleuse. Les sels calciques seraient excellents, également, comme l'a montré Wright, pour prévenir et combattre l'urticaire. Dans le traitement de l'urticaire on peut associer aux sels de calcium le régime déchloruré qui agit dans le même sens : M. Darier s'en est bien trouvé.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur la technique de la suture de la rotule.

Le traitement des fractures de la rotule partage encore à l'heure actuelle les chirurgiens en interventionnistes et en non-interventionnistes ; et parmi ceux qui préconisent la méthode sanglante, les uns font de préférence la suture souscutanée, les autres opèrent à ciel ouvert.

On connaît un grand nombre de procédés opératoires pour la suture de la rotule, et la statistique démontre que ce mode de traitement donne des résultats fonctionnels bien supérieurs à ceux que l'on obtient par le massage et l'immobilisation. Par contre, on fait à la méthode sanglante les objections suivantes :

1° C'est une opération qui doit être faite sous l'anesthésie, et par conséquent offre des dangers. Les malades ne l'acceptent pas volontiers.

2° On risque d'infecter la plaie, et d'avoir de la suppuration, ainsi que de l'ankylose de l'articulation du genou.

3° Avant la cicatrisation, on ne peut employer le massage, et par suite les muscles du membre atteint s'atrophient.

4° Après une intervention sur le genou, les mouvements actifs et passifs ne peuvent être commencés que relativement tard ; il y a donc lieu de redouter de la raideur, qui nécessitera ultérieurement un traitement souvent long et douloureux.

Chacune de ces objections possède par elle-même une certaine valeur ; la moins importante est celle de l'anesthésie et de l'appréhension des malades ; grâce à l'éthérisation on ne court absolument aucun risque.

D'autre part, les moyens modernes d'asepsie, les installations chirurgicales, permettent d'éviter la suppuration, car cette opération doit toujours être faite dans un hôpital, avec un personnel bien stylé et des appareils d'aseptisation suffisants ; ce n'est pas une intervention d'urgence.

Reste enfin l'atrophie musculaire par inacti-

(1) N. D. L. R. — Nous savons que M. Vidal n'est pas fanatique de trop d'interventions administratives dans l'application de la loi Roussel. Est-il certain que le *Concours* doive prôner celles que prévoit sa communication ? Ne diminueront-elles pas le domaine du *médecin de famille* ?

vité fonctionnelle. Mais Witzel préconise depuis un certain nombre d'années une méthode de suture de la rotule contre laquelle aucune des objections précédentes ne trouve prise. C'est une méthode peu connue ; aussi le Dr Schäfer (*Münch. med. Wochens.* 1906, nº 8), veut-il la signaler à l'attention des chirurgiens et des médecins praticiens, car elle est simple, sans dangers, et donne d'excellents résultats. Chose appréciable et digne de remarque, elle peut être pratiquée sous l'anesthésie locale, et même sans anesthésie.

Il suffit pour ce procédé d'avoir à sa disposition du fil d'argent un peu résistant, et deux trocarts moyens, de préférence légèrement courbés.

Après avoir soigneusement aseptisé le champ opératoire, on prend l'un des trocarts que l'on enfonce immédiatement au-dessus de la rotule (au besoin après une petite incision cutanée) à travers le tendon du quadriceps ; on en retire le mandrin et on laisse la gaine en place, son côté concave tourné vers la rotule. Le trocart a été enfoncé de toute sa longueur, en partant de l'un des angles de la rotule. Par le même procédé on enfonce l'autre trocart en-dessous de la rotule, immédiatement en-dessous d'elle, au travers du ligament propre de la rotule.

Par chacune des gaines des trocarts 1 et 2, laissés en place, on fait passer un fil d'argent. On réunit ensuite les quatre chefs des fils d'argent en croix, par dessus un tampon placé au-devant de la surface rotulienne ; avant d'opérer le serrage définitif il faut avoir soin de bien rapprocher les fragments. Enfin on doit éviter le pincement, entre ces fragments, de plis de la peau, ou bien des brides tendineuses.

C'est là une précaution à prendre pour toutes les méthodes sous-cutanées. Dans ce but, la main gauche de l'opérateur et celle de l'assistant, appliquées sur les limites inférieure et supérieure de la rotule (en ne laissant libre que la place pour le passage du trocart), tendent la peau en même temps qu'elles entraînent les fibres tendineuses interposées, et qu'elles rapprochent les fragments.

Le mode d'attache des fils, sur la surface rotulienne elle-même, évite un inconvénient des autres méthodes : elle empêche les fragments de basculer et de former entr'eux un angle ouvert en arrière, circonstance qui empêche une coadaptation lisse.

Un pansement antiseptique, fixé avec du diachylon, recouvre seulement la face antérieure du genou. Enfin une gouttière plâtrée antérieure assure l'immobilisation du genou pour les 5 ou 8 premiers jours. Au bout de ce temps, on enlève tous les jours la gouttière pour faire un massage des muscles. Dès la 3e semaine, alors que les gaines des trocarts avec leurs fils d'argent restent encore en place, on commence à faire prudemment des mouvements actifs et passifs du genou. Après 4 ou 5 semaines, on enlève fils et trocarts. Les trajets se cicatrisent rapidement. Le massage, les mouvements actifs et passifs, tout d'abord entrepris dans le bain, activent la réalisation d'un bon résultat fonctionnel.

Le traitement est terminé en 7 ou 8 semaines.

La simplicité et les résultats avantageux de cette méthode, qui emploie de bonne heure le massage et les mouvements, ont incité Witzel à l'employer dans les fractures de l'olécrâne : dans ce cas également, le procédé a permis d'obtenir des succès thérapeutiques.

Sur le traitement des hémorrhoïdes

Au début de l'affection, le traitement doit être purement médico-diététique : il vise principalement les causes déterminantes du mal, et régularise la fonction intestinale.

A ce point de vue Riedinger (*Deutsche med. Wochens.*, 1906) déconseille les laxatifs ordinaires, qui améliorent les selles, mais non pas l'état pathologique ; cet auteur préfère les mesures diététiques et hygiéniques ; il utilise les eaux de Karlsbad ou leurs analogues, qui réalisent une détersion de tout le système veineux. Les ablutions froides, surtout au niveau de la région anale, sont d'autant plus utiles qu'elles sont pratiquées après chaque selle. Il en est de même pour les bains de siège froids et les clystères froids.

L'eczéma et les excoriations sont traitées au moyen de pommades ou de poudres astringentes. Contre les fissures on recommande l'excision ou la cautérisation ; on peut aussi introduire dans l'anus au moyen d'un stylet boutonné des tampons d'ouate imprégnés du mélange suivant : Extrait de belladone 0,50 centigrammes ; cocaïne 0,05 centigrammes ; sulf-ichthyol ammoniacal 6 grammes.

En cas d'hémorrhagies graves, les lavements froids réussissent rarement ; il faut parfois découvrir la région et faire une ligature.

Comme chirurgie non sanglante, Riedinger emploie avec succès dans les cas légers, la dilatation forcée du rectum, pratiquée sous l'anesthésie à la cocaïne.

Mais on est souvent obligé de recourir soit à la cautérisation, soit à l'extirpation, soit à la ligature locale.

Pour la cautérisation, c'est au thermocautère qu'il faut accorder la préférence; il est bon d'éviter les cautérisations circulaires, afin de parer à la formation de sténose, et de ménager intacts des ponts de muqueuse entre les points cautérisés. Dans les cas peu graves, l'ignipuncture est suffisante. Avant l'intervention, on constipe le malade à l'opium, et ce n'est qu'au bout de 4 ou 5 jours qu'on rétablit le cours des selles. La cautérisation amène parfois comme complication la rétention d'urines ; cette méthode est très douloureuse, et peut amener des hémorrhagies, souvent difficiles à combattre.

Enfin certains auteurs utilisent aussi les liquides caustiques, plus particulièrement l'acide phénique à divers titres (acide phénique liquéfié et glycérine ââ — ou bien acide phénique 1 gramme, eau distillée et glycérine ââ, 3 grammes) Ils injectent pour commencer une petite quantité de liquide, puis répètent cette opération à des intervalles de huit jours. Cette méthode est simple, mais l'injection d'un liquide caogulant dans une veine a parfois des inconvénients.

L'intervention la plus radicale consiste dans l'extirpation, soit des nodules isolés, soit des plexus veineux ; il convient surtout de faire une hémostase soigneuse et d'éviter l'infection. La méthode donne de bons résultats ; mais les hémorrhagies secondaires ne sont pas rares.

Reste encore la ligature, que l'on fait avec de la soie forte, pas trop épaisse, en serrant solidement les fils. Les noyaux ligaturés sont saupoudrés

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

La Station des Constipés : CHATEL-GUYON

Etait-il bien utile de nommer *Châtel-Guyon* ?

Qui ne connaît en effet la célèbre Station d'Auvergne et l'appellation suggestive dont la caractérisa dès la première heure la reconnaissance très bien avertie de ses fidèles ? *Vox populi, vox Dei.*

Depuis quelques années cependant, son royaume a grandi avec son prestige et sa maîtrise. Tout d'abord aux **Constipés** on ajouta les **Entérites** ; puis son nom s'est encore élargi et magnifié, et la voilà, finalement, devenue pour tous la grande « **Capitale du Ventre** ». Elle appelle, désormais, et retient sous sa juridiction, l'innombrable pléïade des Intestinaux de tout ordre : qu'il s'agisse des atones ou Constipés purs ; que l'on parle des enflammés et infectés, tels les Dysentériques, les Entérites et les Appendicites ; ou qu'on lui adresse l'infinie variété des complications locales et générales, qui sont l'apanage du Neuro-arthritisme et prennent leur origine dans les troubles de l'intestin : Dyspepsies remontantes, Congestions du foie et de tous les organes péri-intestinaux, Colonialites diverses, Neurasthénies protéiformes, Lymphatismes déminéralisateurs, Impuissances constitutionnelles : j'en passe, et des meilleurs.

***

C'est aux pieds des grands monts Dômes, à l'orée de la riante plaine de Limagne, dans un frais vallon encadré par une enceinte continue de collines qui verdoient sous la vigne et le sapin, que jaillissent, en fumant et bouillonnant, les 28 sources de Châtel-Guyon et les 5 millions quotidiens de litres d'eau, dont les volcans assagis préparent incessamment, pour ses baigneurs, l'alchimie mystérieuse dans leurs creusets souterrains. La Science a, depuis longtemps, analysé les éléments chimiques qui caractérisent ces eaux merveilleuses, entre autres le **chlorure de potassium** à une dose formidable et unique au monde ; chaque jour encore, elle y découvre des principes nouveaux de force, d'énergie, de vie : l'ionisation, la radioactivité, les ferments minéraux, l'état colloïdal des métaux. Elle a donné ainsi quelque satisfaction à notre besoin de savoir et de comprendre ; mais, devant les effets aussi rapides que puissants produits par ces eaux sur l'organisme entier, **qu'elles tonifient et reconstituent**, et, concurremment, sur l'intestin **qu'elles désinfectent et régularisent**, la Science a dû s'avouer incapable de tout justifier et de tout expliquer. Il ne lui restait plus qu'à s'incliner devant la clinique et la pratique qui ont vu, expérimenté, contrôlé, et qui affirment.

Qu'importe, après tout, l'explication ? Le fait en est là, patent, indéniable, et c'est le principal.

***

Châtel-Guyon est devenue une vraie Lourdes abdominale, où défile, chaque été, une théorie sans cesse grandissante de Ventres détraqués, enflammés, impuissants. Elle s'est développée, d'ailleurs, avec les besoins, et elle a déployé une activité prodigieuse pour améliorer et multiplier tous les services thermaux, ainsi que les organisations urbaines et les installations hospitalières. La voilà, maintenant, outillée pour recevoir, dans des conditions parfaites de confortable et d'hygiène, 20.000 malades et plus de tout ordre et de toute classe. Mentionnons ici son ingénieux système de saisons sériées, qui attribue exclusivement aux bourses modestes mai et octobre, pour réserver aux « Ventres dorés » les 4 autres mois de la saison, de telle sorte que les Baigneurs sont aussi certains d'y frayer uniquement avec leurs pairs que d'y trouver une villégiature charmante et une cure efficace.

***

Enfin, rappelons à tous les Ventres impatients chez qui la maladie ne peut attendre, comme aussi à tous les déshérités du sort que les nécessités de la vie retiennent attachés à la glèbe et empêchent d'aller puiser à la fontaine même la guérison et la santé, — qu'il est toujours possible, à toute époque de l'année, de faire à domicile avec de l'Eau de Châtelguyon-Gubler, la seule source exportée, une véritable cure de boisson Châtel-Guyon, qui, suivant les cas, préparera, complètera ou remplacera la cure à la Station.

Docteur A. Angelby.

N. B. — Il est bon de rappeler aux intéressés que la Compagnie des Eaux accorde en septembre, comme en juin, de nombreuses faveurs réglementaires à certaines catégories de baigneurs, nominativement désignées (Indigents, Militaires, Coloniaux, Instituteurs, Ecclésiastiques), et qu'elle a décrété le demi-tarif de droit pour les cartes d'entrée et les tickets d'opérations thermales, en faveur de tous les Baigneurs indistinctement, pendant le mois d'octobre, comme pendant le mois de mai.

d'iodoforme. L'opération n'est pas très douloureuse ; rarement il est nécessaire d'employer la morphine. Le malade est constipé pour cinq jours avec de l'opium ; passé ce délai on lui administre, soit de l'huile de ricin, soit un purgatif salin. Les ligatures tombent le plus souvent au bout de huit jours, l'opéré peut quitter le lit dès la deuxième semaine. Les complications sont rares ; les récidives hémorrhoïdaires sont justiciables du même procédé.

THÉRAPEUTIQUE

Médication à conseiller chez les neurasthéniques.

Le traitement de la neurasthénie est *a priori* des plus simples. En pratique cependant, la question est parfois un véritable problème. Nous avons, en effet, à traiter des neurasthéniques atteints de dyspepsie gastro-intestinale et qui supportent mal toute médication reconstituante. Ils sont sujets à des crises gastriques très douloureuses causées la plupart du temps, par des fermentations anormales et de la dilatation. Ils sont généralement constipés et l'entéro-colite à fausses membranes vient encore compliquer la situation.

Que fera le praticien en présence de ces malades ? Il sera très embarrassé. Eh bien ! nous croyons que cet embarras cessera vite s'il suit les conseils que depuis longtemps déjà notre pratique nous amène à lui donner.

Nous n'insisterons pas sur les règles banales de l'hygiène anti-neurasthénique. Repos intellectuel et moral, isolement dans les cas particulièrement graves. — Nous voulons seulement indiquer un moyen de tonifier rapidement le malade et, malgré son mauvais état gastrique, de le suralimenter.

Ne vous adressez pas aux phosphates ordinaires. Ils se ressemblent tous et le malade qui nous occupe, n'a plus confiance en eux. Mais plutôt prenez une association de plusieurs phosphates (soude, magnésie, potasse, chaux). Vous pouvez la formuler vous-même, ou bien, comme elle existe sous le nom de Neurogénol, la conseiller ainsi : c'est ce que nous faisons d'habitude, pour être sûr de la constitution exacte du remède utilisé. Ce neurogénol a pour nous la supériorité d'agir d'une façon extrêmement énergique et sans qu'on dépasse jamais la dose maxima de 2 cuillerées à café par jour. Il a une saveur salée et diffère ainsi entièrement des phosphates granulés habituels du commerce. Il est salé, en effet, parce qu'il représente uniquement les phosphates à l'état pur sans adjonction de sucre.

Ces deux cuillerées à café de neurogénol par jour sont fort bien supportées. Le malade les absorbe de la façon qui lui semble préférable, le plus souvent avec les aliments, et il ne faut pas plus de 8 jours pour qu'un changement apparaisse. Les forces reviennent, l'état général s'améliore. Le neurasthénique se sent renaître. Sa confiance dès lors vous est acquise.

A ce moment, ou plus tôt, s'il est possible, nous donnons chaque jour, 4 à 6 cuillerées à soupe de nutrigène, et rien de plus comme médicament.

Le nutrigène est une albumose peptone véritablement obtenue par l'action du suc gastrique physiologique sur la viande fraîche, et non pas, comme tant d'autres albumoses, par l'action des acides sur des matières albuminoïdes chimiques. Il est en outre, parfaitement soluble et s'incorpore à tous les liquides. Comme il s'agit là d'une albumine animale *prédigérée* et de telle sorte que le rapport de l'albumose et de la peptone est exactement le même que celui qui existe dans le bol alimentaire à sa sortie du pylore, le nutrigène ne fatigue jamais l'estomac et il s'assimile très vite. Point n'est besoin avec cette substance de fractionner les doses ; donnez sans crainte 4 à 6 cuillerées en deux fois, et j'affirme que l'estomac dyspeptique de vos neurasthéniques le supportera sans difficulté.

Pas d'arsenic, pas de strychnine, médicaments trompeurs.

Les effets de nos deux remèdes ne tardent pas à se manifester. L'appétit renaît et se développe. Les digestions sont plus faciles. Les malades ne sont plus déprimés. Le poids du corps augmente, le système nerveux se tonifie, le sommeil est paisible, et au réveil, plus de douleurs lombaires, plus de céphalée.

Ce traitement est simple. Il se résume en deux principes fondamentaux : reconstituer la cellule nerveuse par les phosphates naturels de neurogénol, alimenter et même suralimenter le malade sans aucun inconvénient, par le nutrigène qui est une albumose peptone soluble et de provenance sûre.

Notre pratique journalière nous a encore appris les bons effets de plusieurs autres méthodes thérapeutiques, nous les communiquerons plus tard à nos confrères.

Dr E. Sergent.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Un jugement à retenir.

Le jugement que nous publions ci-après vient d'être obtenu par un membre du *Sou médical*, avec le concours et les conseils de cette Ligue, et sur une assignation fortement et juridiquement motivée par le conseil judiciaire du *Sou*.

Trop souvent la justice a accueilli avec complaisance l'argument des Compagnies d'assurances prétendant, au nom des patrons assurés, que les bulletins d'avis signés de ces derniers et remis par les blessés à un médecin qui n'était lié à elles par aucun traité, n'était qu'une formalité sans importance et sans valeur juridique, et que ce médecin devait, nonobstant la remise de cette invitation signée du patron à donner ses soins à l'ouvrier, subir la réduction du tarif officiel, comme s'il était réellement mis en œuvre par l'ouvrier lui-même. M. le Juge de paix de Bléré (Indre-et-Loire), a fait justice de cette étrange prétention dans sa décision fortement motivée, et il a condamné à des dommages-intérêts l'assuré, derrière lequel se trouve la Compagnie, qui entraîne le médecin dans des pertes de temps et débours par des chicanes injustifiées.

Tribunal de paix de Bléré (Indre-et-Loire)
19 avril 1907,

(M. La Grange, juge de paix.
Nous, juge de paix.)
Vu, etc...,

Attendu que le Dr L...., demande, par exploit précité en date du 3 avril dernier, à G.... et V...., la somme de 49 fr., calculée d'après le tarif ouvrier en usage dans la région, pour avoir donné ses soins au sieur P...., ouvrier de G.... et V.... à la suite d'un accident survenu au cours de son travail, le 13 juillet 1906, au dit P.... ;

Que cet ouvrier s'est présenté chez le Dr L...., porteur d'un bulletin imprimé rempli, daté, et signé par les défendeurs, lequel bulletin est ainsi libellé :

« M. le Dr, nous vous informons que le nommé « P...., profession de manœuvre, demeurant à B..., « a été atteint par un accident le 13 juillet à 6 heu- « res du soir. ....

« Nous vous prions de vouloir bien : 1° donner « d'urgence au blessé tous les soins que réclame son « état, dans votre cabinet s'il s'y présente ou, à dé- « faut, à son propre domicile; 2° de nous faire parve- « nir sous trois jours à notre adresse par la poste ou « par l'intermédiaire du blessé, s'il peut marcher, le « certificat médical n° 1, lequel devra, en outre des « constatations qui y sont prévues, mentionner si le « blessé sera ou non en état de reprendre le travail le « cinquième jour après l'accident c'est-à-dire le...

« ....Fait à B.... le 16 juillet
« 1906.......................................
« ....Pr G.... et V...................
« ......(Signé).........L......   »

Que le Dr L...., en recevant ce bulletin qui ne portait aucun nom de médecin, des mains de P...., et sans que ce dernier ait eu besoin de lui dire qu'il le choisissait comme médecin, a pu, de très bonne foi, considérer qu'une pareille invitation, ou prière, équivalait bien à une commission ou mission engageant la responsabilité des signataires du bulletin vis-à-vis de lui-même ; qu'il n'y a point lieu de rechercher si, dans l'esprit des créateurs de l'imprimé, ce bulletin était réservé à une toute autre destination, ni quels autres intérêts que ceux des patrons et de la victime, il était destiné à protéger, les parties en cause étant les seules dont nous ayions à nous occuper pour l'instant ; que le demandeur a en outre donné à l'audience du 19 avril dernier 1907 lecture d'une lettre de G... et V... en date du 8 mars 1907, ainsi conçue :

« Nous communiquons votre lettre à notre assurance en la priant de vous verser de suite la somme que vous nous réclamez ».

Que ce document n'a point été versé aux débats, et qu'il n'en est fait ici mention que pour mémoire.

Attendu que le demandeur a appliqué à G... et V..., qui le commettaient, dans l'espèce, le tarif ouvrier en usage dans la région pour lui réclamer 49 fr., alors que les assureurs des défendeurs que nous voulons cependant ignorer, offraient 30 fr., chiffre en désaccord lui-même avec le tarif de 1905 ou tarif Dubief, qui prévoit 34, d'où une différence de 19 sur laquelle repose, pour G... et V... tout l'intérêt pécuniaire du procès ; QU'IL EST PERMIS D'EXPRIMER ICI UN RÉEL REGRET QUE NOS BRAVES MÉDECINS DE CAMPAGNE, DONT LE DÉVOUEMENT ET L'ABNÉGATION SONT SI SOUVENT MIS A L'ÉPREUVE, SE VOIENT JOURNELLEMENT MARCHANDER DES HONORAIRES QUI NE SONT QUE LA TROP JUSTE RÉMUNÉRATION DES SOINS, QU'EUX NE MARCHANDENT PAS, ET DES FATIGUES QUI LES ÉPROUVENT, MAIS NE LES REBUTENT JAMAIS ;

Attendu, et sans nous appesantir outre mesure sur le développement sérieux que renferment les conclusions de la demande, que les défendeurs opposent au Dr L... l'art. 4, paragraphe 2 de la loi du 9 avril 1898, lequel n'a pu être violé puisque tout le débat porte uniquement sur le bulletin qui a commis le demandeur et qui est signé G... et V... ;

Que ces derniers, il est vrai, prétendent n'attacher à ce bulletin aucune importance, qu'il semble même être pour eux lettre morte ; qu'à tout moment, dans les défenses de G... et V..., l'on voit s'entrebailler la porte des assurances qui défendent leurs intérêts propres, les seuls qui leur soucient dans l'espèce, en donnant au document qui doit pourtant retenir notre scrupuleuse attention, une signification vague, imprécise, telle :

« Avis au médecin, destiné à le renseigner sur le « nom et l'adresse de l'employeur responsable ne pou- « vant être transformé en un engagement personnel ... ». Ce qui reviendrait à dire que M. G... et V... ont signé ce bulletin inconsciemment sans savoir ce qu'il contenait ;

Attendu qu'il importe, dans tout débat sérieux, de se renfermer dans la réalité et la logique des faits ; que, sans nous émouvoir autrement d'une exception d'incompétence qui a été soulevée en fin des débats et que nous avons rejetée comme étant mal fondée, nous pouvons, tout en restant dans les limites de notre compétence sans empiéter sur les prérogatives du Tribunal supérieur, sans discuter autrement ni interpréter un document régulièrement versé aux débats, déclarer que nous n'y voulons voir aucun sens caché, aucune subtilité voulue par une partie intéressée, mais restée dans l'ombre ; que le document signé G... et V... et remis par P... au Dr L... sans qu'il soit besoin de lire entre les lignes, reste la prière, la demande, la mission, l'ordre, si l'on veut qui lie les défendeurs au praticien, oblige les premiers à l'égard du second et réciproquement ; que le Dr L..., par le fait d'accepter ce bulletin tel qu'il est conçu, a pris l'engagement de s'y confirmer absolument tenant pour sérieux, bon et valable l'engagement pris de leur côté par G... et V... du fait du dit bulletin ; que, dans ces conditions, le demandeur est bien fondé à réclamer le payement de la somme de 49 fr. à laquelle il prétend ;

Attendu, en ce qui concerne les dommages-intérêts demandés par le Dr L... qu'il nous semble équitable que dans une certaine mesure le demandeur soit dédommagé de ses pertes de temps, démarches consultations et autres, dont il ne saurait être rendu responsable ; que nous possédons les éléments nécessaires pour apprécier le chiffre de ces dommages-intérêts.

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs :

Faisant droit aux parties et jugeant en dernier ressort.

Condamnons G... et V... à payer au Dr L... :

1° La somme de 49 fr. qu'ils lui doivent pour les motifs sus-énoncés (soins donnés à P... calculés d'après le tarif ouvrier), aux intérêts de droit ;

2° A celle de 25 *francs* à titre de dommages-intérêts.

Les condamnons, en outre, aux dépens taxés et liquidés à la somme de 20 fr. 60 en ce non compris les frais de timbre et enregistrement des présentes grosse et signification auxquels ils sont également condamnés.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une gaffe militaire à Narbonne.

C'est le titre qu'il convient de placer au-dessus des documents que voici :

Très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous adresser, en vous demandant de vouloir leur donner l'hospitalité dans le *Concours Médical.*

1° Une communication des médecins de Narbonne à leurs concitoyens ;

2° La réponse du commandant d'armes à une demande de laisser-passer formulée par les médecins de Narbonne ;

3° La protestation des médecins de Béziers.

Cette protestation a obtenu dans notre arrondissement l'approbation presque unanime de nos confrères.

Recevez, très honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments de confraternité.

Dr ARRUFFAT.

Pour les bureaux et par ordre. Béziers, 29 juin 1907.

Les Médecins protestent.

Narbonne, 23 juin. — L'autorité militaire, qui a pleins pouvoirs, a refusé aux médecins le laisser passer nécessaire pour visiter leurs malades. Devant un pareil refus, les médecins ont rédigé la protestation suivante :

« *Le corps médical de Narbonne à ses concitoyens.*

» Les médecins de la ville de Narbonne ont l'honneur de prévenir leurs concitoyens qu'ils ne sont pas certains de pouvoir assurer régulièrement leur service dans le périmètre occupé par les troupes. Pour dégager leurs responsabilités, ils croient devoir publier la lettre suivante :

« *Sous-Préfecture de Narbonne.*

« Narbonne, 22 juin.

« *Le chef de bataillon Pero, major de la garnison de Narbonne, à M. le docteur Aussilloud, président de la Société des médecins de Narbonne.*

« Monsieur,

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que votre demande de laisser-passer aux médecins de Narbonne, sur le vu de leurs cartes de docteur en médecine, a été soumise par mes soins au général de division commandant d'armes. Il me charge de vous répondre qu'il ne peut donner satisfaction à votre désir en raison de l'hostilité persistante de la population, qui refuse aux officiers et à la troupe le gîte et la nourriture.

« Veuillez, etc. »

Dans une réunion nouvelle, les médecins civils de Narbonne ont décidé de s'abstenir désormais des conseils de réforme. Trois d'entre eux, en effet, sont convoqués chaque mois, par l'autorité militaire, pour prêter leur concours aux opérations de réforme. Ils se sont engagés à ne plus répondre aux convocations de l'autorité militaire. D'un autre côté, ils ont décidé de refuser leurs soins désormais aux gendarmes de la région. Ces mêmes médecins se sont partagés la clientèle du docteur Ferroul. Les honoraires qu'ils percevront dans la clientèle de l'ex-maire incarcéré seront adressés à celui-ci à la maison d'arrêt de Montpellier. (*Extrait d'un journal local*).

Protestation.

L'Association des médecins de l'arrondissement de Béziers, affiliée à l'Association générale des médecins de France, et le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Béziers ;

Après avoir pris connaissance de la lettre par laquelle le chef de bataillon, major de la garnison de Narbonne, au nom du Général de division, commandant d'armes, refuse d'accorder aux médecins de Narbonne « *sur le vu de leur carte de docteur en médecine* » le laisser-passer nécessaire pour visiter leurs malades ; et cela, « *en raison de l'hostilité persistante de la population, qui refuse aux officiers et à la troupe le gîte et la nourriture* ;

N'ayant en vue que la défense d'un principe supérieur d'humanité qui doit dominer toute autre considération ou circonstance ;

Protestent avec indignation contre une mesure contraire à toutes les traditions et notamment à l'*esprit* de la convention de Genève, que l'autorité militaire semble ignorer, ou tout au moins dont elle refuse de s'inspirer lorsqu'elle se trouve en présence non plus d'étrangers, mais de Français ;

Transmettent cette protestation ;

1° Aux médecins de Narbonne pour leur affirmer leur absolue solidarité ;

2° A l'Association générale des médecins de France ;

3° A l'Union des Syndicats médicaux ;

4° A la presse.

LU ET APPROUVÉ :

Signature : ....

Adresse : ....

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de la Vallée du Rhône.

Réunion générale du 11 juin 1907, à Saint-Rambert-d'Albon.

Présidence de M. le Dr ROCHEBLAVE, président.

Le Syndicat médical de la Vallée-du-Rhône s'est réuni le mardi 11 juin 1907, à St-Rambert-d'Albon, au restaurant Blaquières.

Etaient présents : les confrères Bayle, Escoffier, Pignal, Plantier, Sarda, Cadet, Dagrève, Deydier, Coste, Staïcoff, Degaud, Pangon, Tournaire, Rocheblave, Couturier, Fayard, Pinet, Faure, Figuet, Jurie et Boissat.

Excusés : les confrères Mayoud, Bonnard, Calvet et Roure.

Assistait à la séance ; le confrère Pontet (de Rives).

Procès-verbal de la dernière séance et de la réunion du Bureau du 13 *janvier* 1905. — Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le secrétaire donne également lecture des décisions prises par le Bureau dans la réunion du 13 janvier 1907. Ces décisions sont ratifiées.

Sur la demande des confrères d'Annonay, le Président est chargé de rechercher les motifs qui ont empêché les communes de l'Ardèche, pour lesquelles des certificats de notoriété ont été fournis, de bénéficier du relèvement du tarif ministériel pour les accidents du travail.

Il est de plus convenu que tous les comptes rendus imprimés seront désormais distribués aux Membres du Syndicat, sous forme de tirage à part, afin de leur permettre de conserver et de réunir toutes les décisions prises.

Admissions et démission. — Les candidatures des confrères : BOISSAT, du Péage, présenté par MM. Fayard et Faure ;

GUILLAUD, de Beaurepaire, présenté par MM. Couturier et Staïcoff ;

Sont mises aux voies et adoptées.

Le Syndicat exprime le désir que dorénavant les confrères qui sollicitent leur admission veuillent bien assister à la séance où sera présentée leur candidature.

La démission du confrère Ollivier,qui a quitté Alboussières, est acceptée.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. — Le confrère Fayard, délégué du Syndicat à l'Assemblée générale du 17 novembre 1906, expose la physionomie des séances auxquelles il a assisté.

Il est très fier de l'accueil fait au délégué du Syndicat de la Vallée du Rhône, considéré partout comme un des syndicats les plus actifs. Etant dans l'impossibilité de se rendre souvent à Paris, il a dû refuser de laisser poser sa candidature au Conseil de l'Union. Si un membre du Syndicat voulait accepter ces fonctions avec le désir de les remplir consciencieusement il est prié d'en faire part au Bureau.

Les statuts de l' « Union » ont d'abord été modifiés pour permettre l'adhésion des Fédérations des syndicats et pour porter à 30 le nombre des membres du Conseil.

Une grande partie de la séance a été prise par une discussion longue et parfois confuse sur le rapport du Dr Bolliet demandant la création de fédérations régionales, rouage intermédiaire obligatoire entre les Syndicats et l' « Union centrale ». L'opinion de la majorité de l'Assemblée et de la presque unanimité des délégués paraît parfaitement résumée dans l'ordre du jour voté : « l'Union des Syndicats médicaux, considérant que jusqu'à ce jour les groupements provinciaux de Syndicats n'ont pas adhéré à cette « Union » ne peut que donner son approbation à la constitution des Fédérations de ce genre, à la condition que leurs statuts imposent le rattachement à l' « Union » avec les obligations financières qui en résultent. »

A propos des relations entre la mutualité et le corps médical, l' « Union » a affirmé une fois de plus les deux principes du libre choix du médecin et du tarif à la visite.

La discussion sur le tarif accidents du travail un peu écourtée, s'est terminée par le mandat quasi impératif donné aux délégués à la commission du tarif, de n'accepter que le tarif ouvrier régional et surtout de ne pas se laisser imposer des transactions du genre de celles qui ont visé l'indemnité kilométrique, la semi-gratuité des certificats, la subordination inexplicable du prix de la visite au chiffre de la population, surtout pour l'abaissement au-dessous de 2 francs.

L'assemblée a ensuite adopté un vœu contre l'alcoolisme et un vœu pour la suppression du certificat d'études médicales supérieures et l'organisation du Congrès des Praticiens.

M. Fayard a assisté en outre à une réunion du matin et à une réunion du soir, prolongée fort avant dans la nuit et il a pu participer à l'éclosion et à l'organisation du Congrès des Praticiens.

Congrès des Praticiens. — M. Rocheblave expose que le Syndicat de la Vallée du Rhône ayant fait partie, dans les conditions que vient d'indiquer M. Fayard de la commission d'initiative qui a organisé le Congrès des Praticiens, le Bureau a cru devoir s'associer à cette importante manifestation de défense professionnelle, d'abord en votant une subvention de cent francs, ensuite en assurant la représentation du Syndicat à cette première assemblée nationale des médecins de France.

En l'absence de toute candidature aux fonctions de délégué, le président a accepté à la dernière heure de représenter le Syndicat au Congrès des Praticiens. Ayant à rendre compte de ce Congrès, il pense que ses confrères attendent de lui non la simple énumération des travaux accomplis, amplement indiquée par la presse, mais des impressions personnelles.

A ce point de vue, M. Rocheblave estime que, malgré certaines erreurs dans la préparation et certaines hésitations dans l'exécution, le Congrès des Praticiens a, somme toute, constitué une manifestation de la plus grande importance et de la plus haute signification. Des médecins venus des points les plus divers de la France, se sont rencontrés, se sont parlé, ils ont pris conscience de leurs forces et du rôle qu'ils peuvent jouer, de sorte qu'il est apparu à tous les yeux, que lorsque le Corps médical se sera tout entier organisé, il saura irrésistiblement imposer les revendications sur lesquelles il aura pu se mettre d'accord.

Le programme du Congrès, dont l'idée première était née du mouvement unanime de réprobation qu'avait suscité le certificat d'études médicales supérieures, comprenait d'abord *la réforme de l'enseignement.*

Quelques jours avant l'ouverture du Congrès, le *Certificat E. M. S.* avait changé de nom. Modestement il ne s'appelait plus que *Certificat d'admissibilité à l'agrégation*, mais il était resté le même ; de sorte que le Congrès a demandé non seulement sa suppression, mais celle aussi de l'agrégation.

Lorsque Huchard eut, une fois de plus, dénoncé les scandales de ce concours,lorsque Robert Sorel eut prononcé son pittoresque réquisitoire, l'agrégation fut condamnée et le Congrès réclama l'instauration d'un véritable régime de liberté, d'où ne pourrait plus être exclu quiconque prouverait ses aptitudes à l'enseignement.

Ce fut un spectacle peu banal et qui montre bien qu'à l'heure actuelle aucune organisation

n'est au-dessus de la critique et de la libre discussion, que de voir des maîtres autorisés : Professeurs Blanchard, Pinard, Hayem, Brissaud, Lepage, etc., venir répondre à la tribune aux reproches que portaient contre la Faculté non seulement les praticiens, mais encore les étudiants et, au premier rang de toutes manières, M. Lafontaine.

Au lieu de la conception autoritaire et impérialiste d'une Faculté, isolée du milieu médical, limitant le nombre des maîtres au préjudice évident des élèves, fermant la porte aux meilleurs et aux plus indépendants parmi les hommes de bonne volonté, nous avons réclamé un enseignement rajeuni par la liberté et vivifié par la concurrence, où la clinique enfin tînt la première place.

Le Congrès a réclamé encore la suppression des diplômes spéciaux que délivrent les Facultés et qui viennent peu à peu restreindre le diplôme de docteur en médecine en attendant sans doute de l'annihiler.

En ce qui concerne la seconde question de son programme : *le libre choix du médecin*, le Congrès n'a pu que formuler des principes et voter des vœux. Il a pensé que l'application de ces principes soulevait des questions d'espèce, qui selon l'heure et le lieu étaient susceptibles de recevoir telle ou telle solution.

Parmi les vœux adoptés et généralement à l'unanimité, M. Rocheblave donne lecture des suivants :

I. — Le Congrès des Praticiens, après avoir pris connaissance de tous les rapports relatifs au libre choix du médecin dans les mutualités, les grandes sociétés industrielles et de transports, pour les blessés du travail, les indigents, dans les manufactures et administrations de l'Etat, adopte d'une façon générale le principe du libre choix du médecin par le malade, quel qu'il soit, laissant au comité de vigilance nommé par le Congrès le soin d'examiner et de prendre les décisions nécessaires pour arriver à une application pratique.

II. — Le Congrès des Praticiens de France décide que les indigents de France sans exception ont le droit de choisir leur médecin.

III. — Il est contraire à l'ordre public et à la dignité humaine qu'en aucun cas une collectivité, de quelque ordre que ce soit, puisse imposer un médecin traitant à un malade.

Voilà la bonne semence, qu'il importe aux médecins de répandre en toute occasion, s'ils veulent la voir germer et fructifier dans un avenir prochain.

Libre choix du médecin. — Ayant, pour ainsi parler, à traduire en actes syndicaux, adaptés tant au moment actuel qu'à notre région ellemême, les principes solennellement proclamés par le Congrès des Praticiens, le Bureau a pensé que, d'ores et déjà, deux mesures pouvaient être prises en vue d'assurer le libre choix du médecin ; la première vise les compagnies de chemins de fer et les accidents du travail ; la seconde, l'organisation de l'assistance médicale gratuite et des vaccinations dans les départements de la Drôme et de l'Isère.

A. — *Compagnies de chemins de fer et accidents du travail.*

Le droit pour la victime d'un accident du travail de choisir son médecin est contenu dans la loi du 9 avril 1898, il a été reconnu par la jurisprudence et les commentateurs. Il a été de plus établi formellement par la loi du 31 mars 1905 qui *punit ceux qui en gênent l'exercice.*

Il est à remarquer que, malgré ces textes de loi, aucun employé des chemins de fer, victime d'un accident dans son travail professionnel, ne reçoit en fait les soins d'un médecin étranger au service des compagnies. Il est évident que par divers agissements, dont il ne serait pas malaisé de signaler quelques-uns, celles-ci font sur ce point échec à la loi.

Le Syndicat donne mandat à son Bureau d'attirer sur ces faits l'attention de M. le Ministre des travaux publics.

B. — *Assistance médicale dans la Drôme et l'Isère.*

Le Syndicat a pu, il y a quelques années, faire triompher dans l'Ardèche le principe du libre choix et la rémunération à la visite avec tarif kilométrique.

Dans la Drôme et dans l'Isère, le libre choix n'existe pas encore. Pour obtenir, il faudrait l'action combinée et l'accord unanime de tous les médecins exerçant dans un département.

Cet accord unanime est encore gêné par ceux qui, détenteurs de situations dites privilégiées, ne s'aperçoivent pas qu'ils paient bien lourdement ce soi-disant privilège. En attendant leur conversion aux principes des véritables intérêts professionnels, on ne peut que faire appel à l'opinion publique.

Le moment actuel paraît propice pour engager une action de ce genre, puisque vont avoir lieu les élections pour le renouvellement par moitié des Conseils généraux. Le Syndicat charge son bureau de demander par lettre circulaire, à tous ceux, sans distinction d'opinion, qui vont être candidats au Conseil général dans la Drôme et dans l'Isère, de vouloir bien inscrire dans leur programme le principe du libre choix et de s'engager, s'ils sont élus, à le soutenir, ainsi qu'à voter, le cas échéant, pour la rémunération à la visite. Les autres syndicats de médecins existant dans les deux départements seront invités à s'associer à cette démarche.

Rémunération du médecin pour la déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — Le Syndicat de la Vallée du Rhône :

Considérant que la loi de 1902 sur la protection de la santé publique repose tout entière sur la déclaration des maladies contagieuses faites par le médecin ;

Que si le médecin ne fait pas cette déclaration, il empêche le fonctionnement de la loi et engage sa responsabilité pénale, que s'il se soumet à l'obligation de cette déclaration, il s'expose à mécontenter ses clients et de plus engage sa responsabilité civile ;

Que, de plus, il ne saurait être équitable d'imposer à toute une catégorie de citoyens des charges spéciales sans avantages correspondants, surtout lorsque ces charges sont établies pour le profit exclusif de la collectivité ;

Considérant, au surplus, que, par circulaire du 12 avril 1907, le ministre belge Baron Van der Bruggen, vient d'accorder une indemnité de 2 francs par déclaration de maladie transmissible adressée à la commission médicale provinciale ;

Emet le vœu :

Que le médecin soit rétribué pour la déclara-

tion des maladies contagieuses, comme il l'est déjà, même par l'autorité publique, pour toute expertise ou tout certificat.

Demande aux organisations de défense professionnelle de prendre des décisions analogues.

Et décide de transmettre la présente délibération à l'Union des Syndicats, et à Monsieur le Ministre de l'Intérieur.

Consultations de nourrissons. — Le Président rappelle que le Bureau, sollicité par le confrère Lagarde, secrétaire du Syndicat du Bas-Vivarais, de formuler une opinion sur la création de consultations de nourrissons a, dans sa réunion du 13 janvier, émis l'avis que ces consultations ne devaient être ouvertes qu'aux seuls enfants indigents et que les médecins devaient dans tous les cas réclamer la juste rémunération de leurs services. Il ajoute qu'il tient à connaître sur ce point l'avis du Syndicat formellement exprimé, d'abord parce qu'à l'instigation du Ministre de l'Intérieur, les Préfets cherchent à multiplier les œuvres de cette nature, ensuite parce que, dans notre région, de jeunes médecins, inspirés peut-être par un autre désir que celui de faire de la puériculture sociale ont, ces temps derniers et à grand renfort de publicité, fondé des consultations de nourrissons.

En ce qui le concerne personnellement, M. Rocheblave ne méconnaît ni l'utilité de ces consultations, ni leur but généreux, ni les efforts désintéressés de la plupart de leurs fondateurs, mais il estime *qu'il s'agit là d'une œuvre de préservation et d'assistance sociales qui doit être mise à la charge de la collectivité.* A l'heure précise où s'affirme le rôle social important que le médecin est de plus en plus appelé à jouer, il serait d'un très mauvais exemple de laisser reposer sur son seul dévouement et sans protester les assises de la cité future.

Les syndicats ont été créés pour faire de la défense professionnelle, non de l'apostolat. Ils ne doivent pas craindre d'affirmer en toute occasion le droit du médecin à la juste, à la nécessaire rémunération des services qu'il rend. Quant à ceux qui seraient, malgré tout, disposés à se dévouer quand même, il est utile de leur rappeler qu'ils risquent de susciter par comparaison le blâme de l'opinion publique mal éclairée à l'égard de leurs autres confrères, qu'ils s'exposent aux pires surenchères sur le terrain qu'ils ont eux-mêmes choisi, qu'enfin ils créent un précédent fâcheux dont l'administration se servira pour exploiter plus durement encore les médecins inspecteurs.

M. Jonnart a dit, il y a quelques années, qu'en vérité rien n'était aussi facile à fonder qu'une consultation de nourrissons, puisqu'il n'y fallait qu'un local et une balance, le médecin ne refusant jamais son dévouement. Il paraîtrait que si des consultations de nourrissons n'ont pu être créées partout dans l'Ardèche, ce serait uniquement parce que les municipalités n'auraient pas voulu voter des fonds pour acheter des balances ! Aux médecins de dire s'il leur convient de laisser plus longtemps exploiter leur dévouement.

Après discussion, le Syndicat décide que partout où elles se fonderont, les consultations de nourrissons devront être réservées aux seuls enfants indigents et que les médecins chargés d'en assurer le fonctionnement devront être rétribués soit par des collectivités, soit par les communes, les départements ou l'Etat.

Des relations des consultants lyonnais avec les médecins praticiens de la région. — Par une lettre en date du 26 mars 1907, le docteur Regad a adressé au Président communication d'une décision prise par le Syndicat des médecins de Valence et de la région et relative aux agissements incorrects de certains consultants lyonnais.

Le Secrétaire donne lecture de cette délibération, qu'a publiée le *Concours Médical* dans son numéro du 31 mars 1907.

Le Président fait remarquer que les procédés, contre lesquels s'élève le Syndicat de Valence, ne paraissent pas se rattacher à des faits isolés et fortuits et doivent constituer des manifestations peut-être assez fréquentes, puisque le Syndicat médical de la région de Bourg s'est associé, dans sa séance du 25 avril 1907, au boycottage proposé des consultants incorrects (*Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, 20 mai 1907, page 301). Il demande aux membres présents, s'ils entendent prendre purement et simplement acte de la communication qui vient de leur être faite ou bien si, ayant personnellement à reprocher à des médecins et à des chirurgiens de Lyon des faits analogues, ils veulent se saisir de la question, l'examiner, la discuter, et dans cette hypothèse prendre les mesures qui paraîtront les meilleures pour la résoudre.

La réunion ayant adopté ce second parti, il résulte immédiatement de la discussion ouverte que si, parmi les maîtres lyonnais, certains, en présence des clients qui viennent occasionnellement les consulter ou réclamer leurs soins à l'hôpital, savent ne pas se départir du respect d'ailleurs élémentaire du médecin traitant, d'autres beaucoup trop nombreux se laissent aller à des propos qui ont pour effet, sinon pour but, de discréditer le médecin traitant et même parfois le corps médical d'une ville entière, au profit exclusif d'un ancien élève ou d'un camarade d'internat. Quelques médecins de villes d'eaux suivraient les mêmes errements.

Ces agissements, apparaissant dès lors non comme de regrettables exceptions, mais comme un système d'application générale, le Syndicat décide de ne pas examiner chaque cas particulier et de se tenir uniquement sur le terrain des principes.

Si un maître, estime erroné le diagnostic établi ou insuffisant le traitement institué, il a à sa disposition, pour rétablir ce qu'il croit être la vérité clinique et thérapeutique, d'autres moyens qu'un haussement d'épaules dédaigneux ou une grimace significative ; à plus forte raison doit-il d'autant plus s'abstenir de toute appréciation malveillante à l'égard du médecin traitant que la clientèle est naturellement portée à amplifier les moindres divergences. S'il est, pour un consultant, légitime de donner à un malade qui n'a pas encore été soigné l'indication d'un médecin pour surveiller l'exécution de ses prescriptions, le fait par lui d'inscrire au bas d'une ordonnance : « s'adresser au docteur Y..., telle rue, tel numéro » alors qu'il existe déjà un médecin traitant docteur X... constitue un véritable détournement de clientèle.

Le Syndicat de la Vallée du Rhône émet l'avis formel, que de pareilles pratiques sont contraires à la dignité et à l'intérêt du corps médical et qu'elles doivent définitivement cesser. Il se déclare prêt à se *solidariser* avec le Syndicat de

Valence dans l'exécution des mesures proposées de répression, mais il tient aussi à se garder des généralisations hâtives, car il sait que parmi les médecins et les chirurgiens lyonnais les meilleurs sont précisément à l'abri de tout reproche. Il décide donc de faire d'abord porter ses résolutions à la connaissance des intéressés par l'intermédiaire des organisations même auquelles ils appartiennent, et dans ce but, il charge son Président de s'entendre avec le Comité médico-chirurgical d'une part, le Syndicat des médecins du Rhône, d'autre part, pour, dans un esprit d'union et de bonne confraternité, concilier le respect du médecin traitant avec l'indépendance nécessaire du médecin consultant.

Subsidiairement, les membres du Syndicat sont priés de signaler au bureau tout cas d'incorrection déontologique dont ils auraient à souffrir.

Répression de l'exercice illégal de la médecine. — Le Président rend compte qu'une plainte en homicide par imprudence ayant été, à l'instigation du Syndicat, déposée contre R..., rebouteur à Andance, à raison du fait très grave d'exercice illégal, dont le bureau s'était occupé dans sa réunion du 13 janvier dernier, le tribunal de Tournon venait de condamner à 200 fr. d'amende le délinquant, poursuivi à la requête du ministère public. Le Syndicat ne s'est pas porté partie civile, de même qu'il n'avait pas saisi le tribunal correctionnel par voie de citation directe, parce que la loi ayant fait de l'exercice illégal un délit d'habitude, il y avait lieu de craindre qu'un seul fait ne fût considéré comme insuffisant pour motiver une condamnation.

Deux chefs d'accusation : homicide par imprudence et exercice illégal étant relevés contre lui, R... a été acquitté sur le premier chef et condamné sur le second à 200 fr. d'amende.

Il convient de remercier M. Pey, avocat du Syndicat et M. le docteur Levassort (de Paris), secrétaire de l'Office Central pour la répression de l'exercice illégal, dont les bons conseils, en cette affaire, ont été précieux.

Le Syndicat vote ensuite le principe de deux allocations, pouvant chacune atteindre 50 fr., et que le bureau est laissé juge d'utiliser ou non et de la manière qui lui paraîtra la meilleure.

Le Président constate ensuite avec regret que les demandes de renseignements, relatives à la répression de l'exercice illégal, adressées par le bureau et publiées dans le *Bulletin de la Soc. Médic.-Chir. de la Drôme et de l'Ardèche* (n° de janvier 1907) n'ont été suivies d'aucune réponse. Il insiste très vivement auprès des membres du Syndicat pour que ceux-ci veuillent bien signaler tous les délits de cette nature dont ils auront connaissance. Il importe, en effet, de constituer le dossier de tous les illégaux opérant dans la région, tant pour assurer la répression directe que pour renseigner l'Office Central et obtenir, au besoin, du Parlement, une loi plus efficace.

Contrairement à une opinion courante, il n'est pas nécessaire pour qu'ils tombent sous le coup de la loi, que les soins illégalement donnés aient entraîné pour le patient quelque conséquence fâcheuse, il suffit d'établir qu'ils ont été donnés soit à divers malades, soit à diverses reprises, à une même malade par une personne n'ayant pas qualité pour le faire. Si cette preuve est faite, la condamnation sera obtenue, même sur témoignages, favorables, élogieux et reconnaissants des clients illégalement soignés.

Voici quelle doit être la conduite d'un membre du Syndicat apprenant qu'un délit d'exercice illégal vient d'être commis. Il doit aussitôt se renseigner le plus complètement et le plus exactement possible sur :

1° L'auteur principal du délit, ses habitudes, sa profession, ses antécédents, etc. ;

2° La victime, son âge, son sexe, sa maladie ;

3° Le jour, l'heure et le lieu où le délit a été commis ;

4° Les circonstances qui l'ont accompagné, précédé ou suivi ;

5° Les témoins qui ont pu le constater.

Ces renseignements circonstanciés et précis, une fois recueillis, seront aussitôt adressés soit au Président, soit au Secrétaire du Syndicat.

Puis on tâchera d'obtenir une ou plusieurs preuves. A cet égard, faire, si possible, signer à la victime du délit un certificat qui pourrait être ainsi libellé :

Je soussigné (*nom, prénoms, âge, profession, domicile*) déclare avoir (*tel jour, à telle heure, à tel endroit, dans telles conditions et à tant de reprises*);

Reçu des soins de M. X... (*nom, prénoms, domicile*) à l'occasion de (*indiquer les troubles morbides qui ont motivé la consultation illégale*) ;

Après m'avoir examiné (*préciser les pratiques qui ont pu être employées : massage, auscultation, réduction ou contention de fracture ou de luxation, spéculum, analyse d'urines, etc., etc.*) ;

M. X... m'a remis (*une ordonnance, un médicament, etc.*) ;

m'a placé (*un appareil, un bandage*) ;

Et je lui ai versé la somme de ..... francs ;

Je certifie que les faits ci-dessus relatés sont conformes à la vérité.

Fait à....., le ..... 19.....

(*Signature*).

Ce certificat sera toujours sur papier libre, la peur du papier timbré retenant souvent le paysan ; s'il n'est pas écrit de la main de la victime, faire précéder la signature des mots : « Lu et approuvé ».

Une fois en possession du certificat, faire légaliser la signature par le maire de la commune où réside la victime, puis l'envoyer au bureau du Syndicat qui le fera *timbrer*.

En ce qui concerne les ambulants, les bandagistes et irréguliers divers, signaler d'abord leur passage, avec coupures de journaux, exemplaires d'affiches ou de prospectus, etc., puis essayer de se procurer un certificat comme ci-dessus.

Le bureau du Syndicat fera le reste.

Prochaine réunion. — La prochaine réunion aura lieu à Saint-Rambert-d'Albon, le premier ou le second mardi de novembre 1907.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Séance du 11 avril 1907.

Présents : Les Drs Branthomme, Georget, Caruette, Grabias, Breitel, Bidault, de Grissac, Meyer, Casteneda, Okinczic, Galvani, Chazet, Cels, Rinkenback, Rousseau, Cousinou, Daverne, Broquet, Thomas.

Excusés : Les Drs Lardeux, Jacquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté sans observations. Le trésorier rend compte de l'état de la caisse dont le montant s'élève à 767 francs.

Le Dr Branthomme, vice-président, adresse à la mémoire de notre regretté président, le Dr Katz décédé en janvier, un dernier hommage et rappelle en termes émus la compétence avec laquelle il dirigeait nos réunions syndicales. Le Dr Branthomme a d'ailleurs pris la parole aux obsèques du Dr Katz et a retracé sa carrière toute de dévouement et de dignité professionnelle.

L'assemblée est unanime à décider d'adresser à Madame Katz l'assurance de sa profonde sympathie dans le deuil qui l'a frappée.

Le Dr de Grissac rappelle à ses confrères que, malgré les certificats produits, le prix de la visite aux accidentés du travail reste fixé à 1 fr. 50 et qu'une fois de plus le corps médical, toujours leurré, a été la dupe des politiciens. Il propose d'émettre un vote de protestation contre ce procédé. L'assemblée s'associe aux protestations du Dr de Grissac et, sur sa demande, lui laisse toute liberté pour rédiger une note dans ce sens.

Sont admis à l'unanimité comme membres actifs les Drs :

Baron, de Saint-Leu ;
Chazet, de Domont ;
Pellier, de Domont.

Présentation du Dr Herbinet, de Pontoise.

Le Dr Branthomme entretient les confrères du Congrès des Praticiens qui a lieu le lendemain.

A l'unanimité est votée l'obligation pour le syndicat d'adhérer au Congrès.

Par 9 voix contre 8, la cotisation de chaque membre du syndicat, soit 5 fr. sera payée par les soins du syndicat.

Deux délégués sont en outre nommés pour représenter notre groupe au Congrès, ce sont les Drs Bidault et Okinczic.

Il est ensuite procédé à l'élection du président, en remplacement du Dr Katz, décédé.

Le Dr Branthomme est élu président au premier tour de scrutin, mais refuse d'accepter la présidence. Sur les sollicitations de ses confrères il revient sur sa décision et accepte définitivement.

Le Dr Georget est élu vice-président.

Le Dr Bidault est élu secrétaire.

Le Dr Casteneda propose au Syndicat de s'occuper du relèvement des honoraires médicaux, mais il est décidé que c'est plutôt le fait d'une entente entre confrères d'une même localité.

Au sujet de l'inspection des écoles, tous les confrères sont d'avis qu'elle soit confiée à tous les médecins à tour de rôle et que le prix de six francs par vacation d'une heure, plus l'indemnité kilométrique, serve de base aux confrères pour traiter avec les communes.

Le secrétaire,
Dr BIDAULT.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine

Paris, le 12 juin 1907,

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous communiquer l'ordre du jour suivant adopté à l'unanimité dans sa dernière réunion, par le Conseil Général des Sociétés Médicales d'Arrondissement de Paris et de la Seine.

Le Conseil, après avoir pris connaissance de l'offre faite par M. SOLLER, d'une donation ayant pour objet la création de services spéciaux, chargés, sous la direction d'hommes de science (*non médecins*), du contrôle des actes médicaux et chirurgicaux dans les hôpitaux de Paris, appelle votre bienveillante attention sur les considérations suivantes :

La médecine est l'art de guérir ; elle utilise, d'une façon complexe, les données fournies par les sciences ;

Les éléments que ces sciences apportent à la Médecine exigent, pour être utilisés et interprétés, une éducation médicale complète ;

Ces sciences restant actuellement accessoires, on ne saurait les faire intervenir, *d'une façon exclusive* comme moyen de diagnostic ou de contrôle contre les médecins ;

Dans l'intérêt supérieur des malades, les médecins et chirurgiens doivent pouvoir appliquer le traitement qui leur paraît le meilleur, dans les limites que fixent leur conscience et les lois, celles-ci établissent, en effet, la responsabilité du médecin en cas d'imprudence ou faute lourde.

En conséquence, le Conseil Général des Société médicales d'Arrondissement ne saurait s'élever avec trop d'énergie, contre la création projetée d'un corps de contrôleurs ne possédant aucune instruction médicale.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de nos sentiments dévoués.

Le Président pour 1907,
Dr DUTARD.

Le secrétaire général,
Dr DUCOR,
87, Avenue de Villiers.

Le syndicat des médecins dentistes français

L'organisation syndicale des spécialistes se continue. Il faut s'en féliciter car ce sont des intérêts bien similaires qui se défendent dans ces groupements.

L'initiative vient d'être prise, pour nos confrères dentistes, par le Dr Ch. Faré (de Tours).

Ci-dessous ses lettres d'appel et la liste des premières adhésions qu'il a reçues.

Tours, le 28 mars 1907.

Mon cher confrère,

Les médecins exerçant l'art dentaire devenant de plus en plus nombreux, j'ai pensé que l'heure était venue de faire cesser l'isolement qui fait leur faiblesse vis-à-vis des pouvoirs publics et de le remplacer par une union profitable à tous.

Pour réaliser cette union, une arme s'offre à nous : la création d'un *Syndicat général des médecins dentistes français* qui pourra nous représenter avec toute autorité dans l'avenir.

Ce syndicat sera, dans mon esprit, un instrument de défense permanente des intérêts des médecins dentistes français. Il devra s'occuper de toutes les questions d'intérêts professionnels : réglementation de nos honoraires vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels ; création de services dentaires dans les hôpitaux des villes qui n'en possèdent pas ; création

de cliniques de médecine et de chirurgie dentaires ; organisation des services d'inspection des écoles et collèges ; poursuites contre l'exercice illégal par les dentistes non patentés, etc.

Un certain nombre de confrères déjà pressentis m'ont encouragé dans cette proposition de formation d'un Syndicat. Fort de ces adhésions déjà nombreuses, je fais appel à vos sentiments d'union et de solidarité pour vous engager à m'adresser votre adhésion au projet d'organisation du *Syndicat des Médecins Dentistes français.*

Les adhésions qui me seront données n'engageront en rien nos confrères vis-à-vis du Syndicat lorsqu'il sera constitué, et leur seule utilité, incontestable à mon avis, est de permettre, aujourd'hui, de nous compter et de préparer à notre future réunion le caractère de grande importance que tous mes efforts tiendront à lui assurer.

Recevez, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Ch. Faré,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie,
Dentiste de l'Asile municipal Gatien de Clocheville
avenue de Grammont, Tours.

Tours, le 10 mai 1907.

Mon cher confrère,

J'ai eu l'honneur de vous adresser, à la date du 28 mars dernier, une lettre pour faire appel à votre concours dans la formation d'un *Syndicat général des médecins-dentistes français.*

A la suite de cette lettre, j'ai reçu en peu de temps des adhésions plus nombreuses que je n'osais espérer. La plupart de mes confrères m'adressent des félicitations et des encouragements.

Je vous adresse ci-joint la liste de ceux qui ont bien voulu adhérer à mon projet. Je suis persuadé que vous n'hésiterez pas à ajouter votre nom au leur et à m'envoyer votre adhésion.

La *Réorganisation des études médicales* est à l'ordre du jour, les médecins exerçant notre spécialité ne peuvent se désintéresser de cette question et de tant d'autres. Ils ne peuvent abdiquer et rester isolés, alors que nos collègues des autres spécialités : oculistes, laryngologistes, radiologistes, etc..., viennent de constituer des Syndicats.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Ch. Faré.

Liste des adhérents au projet de création du Syndicat général des médecins-dentistes français.

Chedevergne, Poitiers ; Frachengues, Brives ; Lassallas, Laval ; Brunet, Fontainebleau ; Couetoux, Alfort ; Lorgnier, Saint-Omer ; Mainguy, Nantes ; Dupouy, Paris ; Buy, Toulouse ; Beltrami, Paris ; Vorbe, Menton ; Pourthou, Angers ; Saint-Mézard, Fléac ; Guelain, Aubeterre ; Guibaud, Toulon ; Romieux, Nîmes ; Gautier, Nice ; Bozo, Paris ; Siffre, Paris ; Rousseau, Paris ; Saladin, Paris ; Gaumerais, Paris ; Jouve, Gisors ; Charezieux, Lorient ; Uteza, Blois ; Le Maître, Paris ; Bonnery, Epinal ; Defossez, Tourcoing ; Breger, Paris ; Pont, Lyon ; Bonnin, Dijon ; J. Ferrier, Paris ; Pion, Saint-Just-en-Chaussée ; Pujol, Toulouse ; Cruet, Paris ; Bacque, Limoges ; Caumartin, Lille ; Petit, Lille ; Gires, Paris ; Mahé, Paris ; Chompret, Paris ; Vaysse ; Veirat, Marseille ; Pierre Robin, Paris ; Fargin-Fayolle, Paris ; Cuillé, Orléans ; Gabinet, Brest ; Thésée, Brest ; Brunet, Bar-le-Duc ; Sprecher, Paris ; Guérin-Beaupré, Paris ; Ovize, Paris ; Ayraud, La Rochelle ; Le Roux, Cherbourg ; G. Labbey, Le Havre ; Vinas, Béziers ; Bourbon, Paris ; Monthelie, Paris ; P. Nuyts, Roubaix ; Raimond, Tours ; Faré, Tours ; Leduc, Paris ; Derain, Paris ; Bouvet, Paris ; Neveu, Paris ; Hugenschmidt, Paris ; Caillon, Lyon ; Duchein, Bourges ; Glais, Nantes ; Le Gallic, Paris ; Leconte, Condé-sur Noireau ; Lorentz, Le Havre ; Cros, Béziers ; Béliard Paris ; Vêve, Paris ; Nogué, Paris ; Tarrade, Limoges ; Boisromé, Paris ; Thyébault, Langres ; Paul Dalban, Grenoble ; Louis Dalban, Grenoble ; Lassudrie, Paris ; Audy, Senlis ; Amoédo, Paris ; Galippe, Paris ; Bigotte, Lille ; Marsat, Béthune ; Lebreton, Saint-Malo ; Page, Paris ; Sagols, Perpignan.

Nota. — Envoyer les adhésions au Dr Faré, 7, avenue de Grammont, Tours.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

Paris, 31 juin,

Nous recevons du secrétaire de la Caisse des Pensions de retraites la lettre suivante :

Mon cher ami,

Je lis dans le *Concours médical* une lettre d'un de nos confrères demandant la publicité des noms des membres de la caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Il est évident que la meilleure réponse à faire à cette lettre est celle que vous avez imprimée à la suite de cette demande. Il suffit d'y ajouter l'article 28 des statuts ainsi conçu : « Aucune mention ne sera mise dans l'ordre du jour ou discutée si elle n'a été formulée par écrit, signée par dix adhérents et communiquée au Président et au secrétaire général du Comité directeur un mois au moins avant l'Assemblée générale.

Cependant j'ajouterai un mot. La motion de notre confrère a été formulée dans trois assemblées, sans suivre le règlement, par trois adhérents qui n'avaient jamais assisté aux Assemblées où cette question avait été posée. Toutes les fois les mêmes raisons qui militaient en faveur du *statu quo* ont été développées et les interpellateurs les ont reconnues très justes. Ces raisons sont d'ordre pour ainsi dire intimes. Des médecins ne sont devenus adhérents qu'à la condition formelle du secret de leur adhésion, ce qui s'explique très facilement d'ailleurs, et se devine sans que l'on soit obligé de livrer ces raisons à la publicité.

Avec mes meilleures amitiés,

Le secrétaire général,
Dr Delefosse.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Angers, le 24 juin 1907.

Mon cher confrère,

Comme suite aux deux articles sur le massage médical et les masseurs parus dans les nos 19 et 24 du *Concours médical* de cette année, permettez-moi quelques réflexions.

« Vous savez, lisons-nous à la première page du no 19, quelles sont les ressources que peut offrir le massage ; il s'agit bien d'un agent thérapeutique, d'un véritable traitement qui nécessite un dia-

gnostic, et le concours du masseur peut être avantageux à condition que le médecin ait formulé son ordonnance, donné ses indications et qu'il exerce une surveillance sur la suite du traitement.

« Votre opinion si nettement exposée, écrit à son tour, le 16 juin, notre honorable confrère secrétaire du Syndicat médical de Lorient, est celle à laquelle doivent se rallier tous les confrères qui jugent les choses avec bon sens » ! Et il ajoute à l'appui de son dire :

« Il est évident que pour faire du massage point n'est besoin d'être docteur en médecine.

« C'est un métier pour lequel il suffit d'avoir fait un apprentissage.

« Seul le médecin doit diriger un traitement aussi délicat. »

Et, après une comparaison plutôt — mettons inexacte — entre le médecin, l'architecte, le masseur et le maçon, il conclut qu'il est des plus dangereux de confier un organisme aussi délicat que l'organisme humain à un masseur, si habile soit-il, qui ne possède après tout aucune notion sérieuse d'anatomie ni de physiologie normale ou pathogloique !

Mais alors, — ô confrère Lorientais — si vous ne voulez pas de masseur pour masser, il ne vous reste plus qu'à supprimer le massage de la thérapeutique.

Telle n'est pas cependant notre modeste manière de voir.

Pourquoi livrer votre malade aux mains d'un masseur, ou supposé tel, auquel vous déniez toute qualité pour traiter et guérir ? aux mains d'un illégal en un mot ? et ne pas lui substituer un masseur qui connaisse anatomie et physiologie ? Le médecin est tout indiqué pour cela. Oui, je sais bien qu'à votre sens, le médecin doit diriger le traitement ; qu'enfermé dans sa tour d'ivoire, voyant de plus haut, il doit déterminer les indications...... Malheureusement, on ne dirige bien et on ne détermine bien les indications que de ce que l'on connaît bien.

Que le médecin fasse donc, une bonne fois, sa besogne lui-même, et son diagnostic posé, au lieu de perdre son temps à formuler et à donner des indications, à un masseur ignare qui se croit supérieur à lui, et qui n'exécutera que ce qui lui semblera bon, que le médecin se passe donc de l'aide de cet illégal, et qu'il fasse lui-même son traitement par le massage s'il le juge indiqué.

Car il me semble, et à plusieurs d'entre nous, qui jugeons les choses avec.... quelque bon sens, que ce n'est pas déroger, et qu'il est même nécessaire d'être docteur en médecine pour faire du bon massage, du massage qui est un agent thérapeutique et qui constitue, un véritable, un puissant traitement.

On nous dit avec quelque dédain que c'est un métier pour lequel il suffit d'avoir fait un apprentissage ! Eh ! sans doute, mais vous n'avez pas fait l'apprentissage, vous ignorez le métier. Et combien de médecins l'ont fait cet apprentissage ?

S'il ne l'ont pas fait, ignorant les effets des manipulations massothérapiques, ils seront parfaitement incompétents et singulièrement inaptes à diriger le traitement. Je vois mal, pour ma part, un monsieur qui ne connaît pas ses notes, donner des conseils musicaux à un chef d'orchestre !

Et puisque vous trouvez qu'il est des plus dangereux de confier un organisme aussi délicat que l'organisme humain à un masseur quelconque ne possédant aucune notion sérieuse d'anatomie ou de pathologie, la conclusion s'impose et vous ne pouvez plus le confier qu'à un médecin qui sera devenu masseur !

Je dis devenu, parce qu'on ne se révèle pas masseur le jour de sa thèse.

Astreignez-vous à l'apprentissage que vous reconnaissez nécessaire, et vous serez bientôt convaincu que, tirer, pousser, frotter, toujours en remontant, ne constitue pas le *nec plus ultra* du massage.

Soyons docteurs en médecine, d'abord, et cela ne suffira pas, il nous faudra en plus devenir masseurs.

C. Q. F. D.

Donc, aux médecins seuls, rendez le massage médical, agent thérapeutique et agent de diagnostic, et vos desiderata se trouveront réalisés.

Dr A. GRIAS,
Masseur, membre du Concours médical.

N. D. L. R. — Nous ne pouvons que nous associer aux conclusions de notre confrère. La médecine ne doit être exercée que par des médecins, et seul un masseur-médecin peut offrir toutes les garanties désirables en matière de massothérapie, qui comportant des responsabilités et des dangers ne doit évidemment pas être abandonnée à quiconque.

REPORTAGE MÉDICAL

A propos de l'impôt sur le revenu. — Nous recevons le vœu suivant émanant de la Société médicale du bureau de bienfaisance de Marseille.

« Le conseil d'administration de la Société médi-
« cale du bureau de bienfaisance de Marseille s'associe
« pleinement au vœu formulé par le Conseil d'admi-
« nistration du Syndicat des médecins de la Seine et
« proteste énergiquement contre le projet d'impôt
« sur le revenu de Monsieur le Ministre des finances
« Caillaux ».

(Séance du 19 juin 1907.)

Dr BAGARRY.

Faculté et hôpitaux.

La chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. Déjerine, professeur d'histoire de la médecine et de la chirrugie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie interne.

— A la suite du dernier concours sont nommés médecins des hôpitaux de Paris MM. Ramond, Lereboullet, Ravaut.

— A la suite du dernier concours, sont nommés prosecteurs d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, MM. Lardennois, Cauchoix, Descomps et Mathieu.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année — N° 28 — Dimanche 14 JUILLET 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Études, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une réclame bien méritée.

Pour la honte du corps médical, pour la gloire et le profit de quelques personnes dont les noms sont ci-dessous en vedette, voici, chers lecteurs, la reproduction d'un prospectus de camelot qui est parvenu dans beaucoup de mains, médicales ou autres, grâce au sage mépris qu'il inspira à notre confrère Clémenceau, le premier des flics, et à notre confrère Simyan qui dirige le service des Postes.

Ce n'est pas du Molière, ça ne vaut même ni les « *Morticoles* », ni le numéro spécial de l' « *Assiette au beurre* » ; c'est... vous qualifierez vous-mêmes si vous parvenez toutefois à lire jusqu'à la fin, sans le hoquet fatal des hommes de bon goût.

LIBRAIRIE INDEPENDANTE

J. ROQUES, Editeur, 8, *Rue Monsieur-le-Prince*, 8, PARIS.

DÉFENDS TA PEAU

Contre ton Médecin.

DEFENDS TA PEAU CONTRE TON MEDECIN; tel est le cri d'alarme jeté avec audace et générosité par Charles SOLLER et Louis GASTINE, pour arracher ceux qui souffrent et dépérissent, — presque un cinquième de l'humanité, — à l'exploitation scandaleuse et sans pitié des médecins qui n'exercent pas, hélas ! l'Art de guérir, comme un sublime Sacerdoce, mais comme une industrie douteuse, un âpre commerce dénué de contrôle et de responsabilités.

Les abus de pouvoir des guérisseurs diplômés, et leurs méfaits, — encore impunis, parce que la Justice se croit, à tort, inapte à les connaître, — commencent à émouvoir tout le monde.

Ce livre, écho des cris de douleur et des sanglots de désespérance des victimes des thérapeutes, arrive donc en temps opportun pour exposer clairement et avec démonstrations irréfutables, — en empruntant aux sommités mêmes du Monde médical ses plus accablants témoignages contre les médecins, — le principe du mauvais exercice actuel de la médecine, qui va de l'abus de la confiance du malade, à l'homicide inconscient ou conscient.

Il est nécessaire de montrer, d'abord, l'effroyable péril médical, puisqu'il faut, avant tout, le bien connaître.

Mais les auteurs de DEFENDS TA PEAU CONTRE TON MEDECIN ont eu pour souci principal de combattre ce péril, puis de l'annihiler.

Or, c'est parce qu'ils en fournissent les moyens, que leur œuvre d'avertissement et de sauvegarde — œuvre, d'ailleurs, de plus noble désintéressement et de plus pur dévouement, — doit être répandue comme un bienfait

social, et toute personne accessible aux sentiments d'humanité se fera grand honneur de le propager.

J. ROQUES, Editeur.

DEFENDS TA PEAU CONTRE TON MEDECIN

1 vol. in-18, 3 fr. 50

Analyse Sommaire des Chapitres

AVANT-PROPOS. — PREFACE

CHAPITRE I. — LA TARE D'ORIGINE DU MEDECIN.

Les dangereux infirmes. — Les qualités qu'un médecin doit avoir et que la plupart n'ont pas.

Le dépotoir des familles. — Dans presque tous les cas, la vocation n'est point la véritable raison déterminante du choix de la carrière médicale, et les antécédents de l'étudiant en médecine sont, généralement, l'inverse de ce qu'ils devraient être. — La formation de l'étudiant en médecine ne le prépare pas à exercer un Sacerdoce, mais à exploiter un « métier » lucratif. — Enfin, ses études, puis l'exercice de la « profession », achèvent de le démoraliser et de le rendre redoutable pour les malades livrés à ses soins.

CHAPITRE II. — LE DROIT DE TUER

Gare à la mort !... Sauve qui peut !.... — C'est à l'hôpital, pendant la durée des études médicales, que le futur guérisseur légal apprend à connaître son *Droit de tuer* et à l'exercer, ainsi qu'en témoignent les faits acquis et les publications médicales.

Le courage de l'expérience... sur autrui. — Le *Droit de Tuer* du médecin s'affirme, sans déguisement, dans les Sociétés médicales, dans leurs publications, et les faits les plus odieux en fournissent des preuves écrasantes.

Petite lessive en famille. — Un professeur, médecin des hôpitaux, est obligé d'apprendre à ses auditeurs, futurs médecins, qu'ils ne doivent pas suivre les mauvais exemples qui leur sont donnés par leurs condisciples dépourvus de science et de conscience.

Un barbier rase l'autre. — Comment l'expert-médecin commis par les tribunaux peut-il concilier les devoirs de sa mission d'expertise avec l'exercice de la médecine ? Chaque médecin est un organisme idéalement environné de cadavres et de victimes. Il ne peut voir son confrère, connu ou inconnu, qu'environné, lui aussi, d'autres victimes et d'autres cadavres, qui font entre eux d'indestructibles liens !

CHAPITRE III. — CASTOR ET COMPAGNIE

Dans la coulisse. — L'envers de l'hôpital, ou l'exercice de la médecine vu du côté « médecin ». — La mentalité cynique des étudiants stagiaires, des étudiants externes et des internes des hôpitaux, et celle de leurs Maîtres. — Comment on rit, dans la coulisse médicale, des fautes des professeurs dont les hospitalisés sont lamentablement les victimes.

Le pied dans l'étrier. — Le « bluff », point de départ assurant une brillante carrière médicale... avec les avilissantes compromissions qu'il comporte et les liens dangereux qui en sont la conséquence.

CHAPITRE IV. — TOND-LA-BETE ET COUPE-LA-QUEUE.

Médecins et chirurgiens s'entendent à merveille pour exploiter ceux qui souffrent ; et les échos de leurs petites querelles, pour règlements de comptes, l'apprennent de temps à autre. — Mais il faut savoir lire entre les lignes des comptes rendus des débats de cet ordre souvent portés dans les sanctuaires académiques, pour en admirer le « sens pratique ».

CHAPITRE V. — L'ANE VETU DE LA PEAU DU LION

Le bluff du bluff. — Les études médicales actuelles ne sont qu'un « bluff », honteux, et par cela même, elles incitent l'étudiant en médecine à les mépriser, puis à les esquiver, en grande partie.

L'examen du « tireur au flanc ». — Tout le succès de l'étudiant en médecine, dans ses examens, dépend de sa façon de se rendre favorables les examinateurs : il faut qu'il s'assure **SON JURY**, c'est-à-dire qu'il ait des juges à sa dévotion.

La faillite du P. C. N. — Les professeurs s'appliquent à démontrer, en même temps que les étudiants, combien les études médicales sont sans valeur et comment elles ne peuvent faire que de mauvais médecins.

Confession intime. — Elèves et maîtres sont d'accord pour condamner les programmes actuels des études médicales, qui ne font que des médecins ignorants et dangereux.

L'odieuse épreuve du P. C. N. — Tous les professeurs sincères reconnaissent qu'il n'y a pas d'études médicales sérieuses sans connaissance des sciences exactes fondamentales de la médecine ; mais le Monde médical qualifie d'**ACCESSOIRES** ces sciences exactes, qu'il méprise, et déclare qu'il ne le veut plus étudier ; l'empirisme lui suffit.

La clinique, le stage, l'externat, l'internat, la thèse. — Toutes les épreuves des études médicales sont, tour à tour, condamnées totalement par les médecins eux-mêmes. Etudiants en médecine et professeurs de Facultés de Médecine déclarent que le diplôme de docteur en médecine ne présente aucune garantie pour les malades.

La vérité dans le vin. — L'immoralité de cet ensemble de faits, c'est que les médecins diplômés incapables, recrutent la clientèle des médecins-praticiens exercés, ou simplement renommés.

CHAPITRE VI. — L'ARRIVISME MÉDICAL

Mari complaisant. — Exemple de l'œuvre de démoralisation progressive de l'exercice de la médecine, quand il est poursuivi comme une industrie, un commerce, au lieu d'être pratiqué comme un Sacerdoce d'humanité.

Le duel au cabanon. — Comment on arrive au crime sur la pente de l'amoralité médicale.

Les chères radiations. — L'arrivisme médical s'affirme dans l'abus et l'accaparement des actions radio-actives et des rayons X. — Une Commission académique qui n'a lieu d'être fière, ni de son rapporteur, ni d'elle-même.

La plus fine oreille de France. — L'arrivisme médical dans son exploitation de la tuberculose. — Le triste bilan d'un retentissant Congrès médical international.

Je pose zéro... et je retiens tout ! — Le médecin ne sait rien, mais prétend tout savoir, et fait main basse sur tout ce qui semble capable de lui fournir

un produit quelconque, dans l'exercice de son « métier ».

Contrôles ?... Jamais ! ! — Le Monde médical est terrorisé par la seule perspective d'un contrôle certain.... ce qui démontre qu'il est indispensable de le soumettre aux plus rigoureux contrôles scientifiques.

CHAPITRE VII. — DEFENDS TA PEAU

Il faut être en éveil contre l'ignorance et la mauvaise foi des médecins incapables et sans conscience. — Le malade n'est pas désarmé vis-à-vis son guérisseur : il peut exiger de lui des soins réels et rationnels et, à cet effet, appliquer aux actes de son médecin les contrôles que lui offrent les sciences exactes. Cette ressource est à la portée de tout le monde. — Ces contrôles établiront, en même temps, les responsabilités médicales ; et celles-ci permettront à l'action de la Justice de s'exercer pour moraliser la « profession » médicale. — Il faut défendre ainsi sa vie contre les fautes et les abus des mauvais médecins, parce qu'en évitant d'être leur victime, on les forcera, en outre, et tout naturellement, à devenir capables et consciencieux, puis à pratiquer l'Art de guérir comme un Sacerdoce, et non plus comme une basse « profession ».

Après la lecture de ce papier, le Conseil de Direction du *Concours Médical* fut pris d'un accès de douce gaieté et leva la séance sur cette conclusion de l'un de ses membres : « La statue de la place de la République souffre-t-elle de l'incontinence vésicale des cabots du quartier ? »

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Valeur séméiologique de l'épilepsie Jacksonienne.

Bien qu'il existe entre l'épilepsie jacksonienne et l'épilepsie généralisée dite essentielle, des formes intermédiaires et des cas de transition nombreux, les deux variétés de convulsion restent distinctes au point de vue clinique et doivent être étudiées séparément. L'épilepsie jacksonienne se caractérise par des convulsions localisées au moins au début, et suivant dans leur propagation une règle fixe déterminée par la situation des centres moteurs corticaux.

« L'épilepsie jacksonienne, dit M. le Dr René Rome, dans sa thèse (Paris 1906), est souvent consécutive à un traumatisme cranien. Dans ce cas, la trépanation révèle ordinairement une lésion irritative dont le siège répond aux centres moteurs, quelquefois une lésion située en avant ou en arrière des circonvolutions rolandiques. Dans d'autres cas, la trépanation reste négative et il s'agit d'une altération purement dynamique des centres. Quelle que soit la nature de la lésion, l'épilepsie traumatique est grave et nécessite presque toujours une intervention.

« En dehors du traumatisme, l'épilepsie jacksonienne s'observe dans des conditions très diverses. Elle n'est pas toujours la preuve d'une lésion organique des centres nerveux.

« Quand elle est symptomatique d'une lésion, elle intéresse le plus souvent l'écorce rolandique du côté opposé aux convulsions, mais elle est localisée ou diffuse et sa nature est très variable (méningite syphilitique, tumeur, tuberculose, hémorragie, ramollissement.

« La lésion peut siéger à une certaine distance des centres en avant ou en arrière : elle peut être sous-corticale. Dans quelques cas, elle intéresse un hémisphère cérébelleux, elle est alors homolatérale. On a signalé des cas, tout à fait exceptionnels, où elle siégeait sur l'hémisphère cérébral, du même côté que les convulsions.

« L'épilepsie jacksonienne fonctionnelle s'observe dans deux conditions différentes :

« Tantôt elle relève de causes bien définies, il s'agit de convulsions toxiques ou réflexes à type unilatéral.

« Tantôt elle s'observe en dehors de toute étiologie fixe et sa pathogénie reste obscure.

« Dans certains cas, il s'agit d'épilepsie jacksonienne hystérique, dans d'autres cas, les convulsions peuvent être dues à une lésion des centres qui guérit sans laisser de traces : pseudotumeurs cérébrales.

« Dans quelques cas enfin, des accès jacksoniens fréquents, liés à d'autres symptômes cérébraux, font porter le diagnostic de tumeur ou d'abcès du cerveau, alors que la trépanation reste négative et que l'autopsie laisse encore dans le doute sur la nature de l'épilepsie. On donne à ces accès les noms d'hémiépilepsie idiopathique et d'épilepsie jacksonienne essentielle. »

Le chlorure de calcium dans la tétanie, les convulsions, les spasmes de la glotte.

M. le Dr Netter indique, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, les bons effets que peut donner le chlorure de calcium dans ces diverses affections. Il cite, en particulier, trois cas de contracture des extrémités, dans lesquels ce médicament amena très rapidement la guérison. On peut le donner à la dose d'un à deux grammes chez un enfant de 15 mois.

Voici comment on peut s'expliquer son action.

...La tétanie apparaît surtout dans le jeune âge. Chez les adultes, elle se développe au cours de la lactation, à la suite de diarrhées abondantes, après certaines intoxications, etc. Quelques-unes de ces conditions étiologiques sont en relation manifeste aveec un appauvrissement du sang et des tissus en sels de calcium. Il en est évidemment ainsi de la lactation, des grandes spoliations à la suite de diarrhée, de la période d'accroissement des enfants, où le calcium est attiré vers le tissu osseux : la coexistence classique de la tétanie et du rachitisme évoque également l'idée d'une insuffisance calcaire.

Il paraît donc indiqué de fournir cette substance à l'économie.

La tétanie n'est pas la seule affection nerveuse de l'enfance dans laquelle l'administration des sels de calcium ait donné de bons résultats à M. Netter. Il a obtenu également des succès aussi

éclatants dans le traitement du spasme de la glotte, des convulsions, de la laryngite striduleuse (*Journal de Lucas-Championnière*).

Le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Dans une récente thèse M. le Dr E. Leriche vient d'étudier la question du traitement de l'ulcère de l'estomac.

Tout individu, dit-il, atteint d'ulcère est par cela même exposé pendant de longues années à la mort rapide par hématémèse ou par perforation.

La mort par hémorragie au cours de l'ulcère survient dans 5 % des cas. Les hémorragies tuent une fois sur vingt.

Dans les *hémorragies aiguës l'opération n'est pas indiquée*, le traitement médical suffit dans la très grande majorité des cas. Si l'on courait, malgré tout, la chance d'une intervention chirurgicale, l'opération devrait comporter l'hémostase directe pratiquée sur l'ulcère.

Dans les *hémorragies chroniques* et dans les *hémorragies aguës à répétition, la gastro-entérostomie est l'opération indiquée* toutes les fois qu'il s'agit d'un ulcère de la région pylorique déterminant des accidents de sténose, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent. En dehors de cette catégorie de faits, il n'y a pas d'indication d'opération nette.

La gastro-entérostomie met-elle le malade atteint d'ulcère chronique à l'abri des complications fréquentes et redoutables ? Si les résultats immédiats qu'elle donne se maintiennent vraiment pendant de longues années, elle mérite de devenir le traitement de choix, dans l'ulcère chronique qui résiste au traitement médical. Mais les statistiques de l'avenir et l'expérience pourront seules donner une réponse définitive à cette question.

Contusions du poumon.

D'après M. le Dr Armand Waiss, de Paris, les contusions du poumon donnent lieu à des effets directs ou indirects.

Les effets directs sont liés à des désordres anatomiques d'origine mécanique ou bien sont d'origine névropathique.

Quelle que soit la variété des lésions observées, elles se traduisent cliniquement par :

a) De la congestion pulmonaire ;
b) De l'hémoptysie ;
c) Un épanchement pleural.

Les effets indirects sont dus à l'infection du foyer pulmonaire contus.

Ils sont précoces ou tardifs.

Les effets indirects précoces sont principalements : la pneumonie, la bronchopneumonie, la gangrène du poumon.

Les effets indirects tardifs sont constitués par diverses modalités de tuberculose pulmonaire.

Traitement de la stomatite mercurielle par le bleu de méthylène.

MM. Hébert et Lamoureux ont eu l'idée d'appliquer à la stomatite mercurielle le même traitement que MM. Chauffard et Siredey ont préconisé contre la stomatite ulcéro-membraneuse, c'est-à-dire le bleu de méthylène. Voici la technique du traitement qui est fort simple : une fois par jour, à l'aide d'une baguette garnie de coton, on porte directement la poudre de bleu sur les points malades. L'application doit être faite largement. Un rinçage de la bouche enlève l'excès du médicament. Le traitement est complété par des lavages fréquents avec une solution de chlorate de potasse à 20 p. 1.000 et le nettoyage des dents, avec enlèvement du tartre et des chicots.

Les observations rapportées par MM. Hébert et Lamoureux sont concluantes quant à l'efficacité et à la rapidité d'action du bleu de méthylène. On a même pu guérir la stomatite en continuant le traitement mercuriel ; fait intéressant, car, dans la syphilis, il importe souvent d'agir vite pour éviter des lésions destructives, irréparables.

Le bleu employé était chimiquement pur ; il n'a jamais provoqué de phénomènes d'intoxication. La partie qui peut être absorbée s'élimine rapidement avec l'urine. Son emploi est contre-indiqué s'il y a de l'albuminurie.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la conduite à tenir en cas de fibrome utérin compliqué d'anémie grave.

Par le docteur Paul Petit,
Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre de Saint-Michel.

Quand une femme atteinte de fibrome utérin est opérée en temps voulu, c'est-à-dire quand son état organique est encore bon, que sa masse sanguine n'est pas trop appauvrie, à l'heure actuelle, elle doit guérir. Assurément, si elle n'est pas éloignée de la ménopause, si elle a quarante-huit ans ou davantage, il faut des accidents bien graves, bien pressants, et surtout des accidents de compression pour justifier chez elle une intervention. A cet âge, dans la très grande majorité des cas, même s'il y a anémie prononcée, on arrive à conduire la malade au port, en se bornant à la soumettre au repos, à des soins médicaux bien entendus et souvent à l'électrolyse intra-utérine à haute dose, suivant la méthode d'Apostoli, la seule bonne (100 à 150 milliampères — pôle intra-utérin positif — séance de cinq minutes, tous les deux jours, pendant trois à quatre semaines). L'hémorragie se reproduit-elle au bout de quelques mois, on revient au traitement électrique. Je n'ai jamais eu qu'à me féliciter de cette conduite au déclin de la vie génitale.

Mais, l'électrolyse et tout l'ensemble du traite-

ment médical ne peuvent qu'arrêter momentanément les hémorragies et n'ont aucune action sur l'évolution de la tumeur. Aussi, quand la malade est encore jeune, faut-il opérer pour peu que le fibrome fasse sérieusement parler de lui, c'est-à-dire, s'il grossit rapidement, s'il donne lieu à des hémorragies importantes ou seulement fréquentes, s'il comprime les viscères voisins (uretère, urètre, rectum) ou si seulement, de par son siège pelvien, cette compression semble fatale à brève échéance ; s'il détermine des douleurs, de l'ascite ; si après une certaine période d'aménorrhée, il se remet à saigner, ce qui, avec le grossissement rapide de la tumeur, l'amaigrissement général du sujet, l'ascite, est l'indice ordinaire d une dégénérescence maligne... En tous ces cas, il faut opérer et sans trop tarder, sans quoi cette décision deviendra un beau jour trop pressante et ne pourra être alors exécutée que dans de mauvaises conditions.

Pourtant, en cas d'anémie grave, faut-il savoir attendre le temps voulu pour remettre la malade en état, et je crains bien que trop souvent, on ne l'oublie.

On peut admettre qu'une fibromateuse est gravement anémiée, trop gravement pour supporter, sans danger *disproportionné,* avant traitement préalable, une opération de quelqu'importance, c'est-à-dire une notable perte de sang, un shock péritonéal, une anesthésie d'une certaine durée, quand le pouls, sans autre cause que l'hémorragie due au fibrome, se maintient faible, mou, au-dessus de 100 pulsations et que la teneur en hémoglobine descend au-dessous d'un certain chiffre. Mikulicz, quand il s'agit d'une opération quelconque, pouvant compter, s'abstient si la teneur en hémoglobine tombe au-dessous de 30 p. 100 ; Bloodgood, quand elle est inférieure à 50 p. 100. On pourrait s'arrêter comme moyenne à 40 p. 100, c'est-à-dire aux 2/5 du taux normal. C'est cette moyenne qu'adopte Devraigne, dans une thèse récente, pour conseiller l'accouchement provoqué en cas d'hémorragies gravidiques.

On ne peut guère s'en remettre comme éléments d'appréciation à la coloration des téguments et des muqueuses qui peuvent demeurer singulièrement pâles, alors que le taux de l'hémoglobine s'est pourtant sensiblement relevé. Mais un clinicien exercé et prudent tiendra toujours grand compte de l'*état général*, c'est-à-dire et pour préciser, de l'état des force musculaires, de la respiration, de l'appétit, du sommeil, de l'état psychique bien plus important qu'on ne pourrait le croire, du fonctionnement du cœur, des reins, etc. Une malade abattue, effrayée, à chairs molles, à muscles flasques, haletante au plus petit effort, qui dort mal, mange peu, ne lui dira rien qui vaille.

Il faut bien savoir que, si une perte de sang importante et unique est suvie d'une ascension rapide du taux de l'hémoglobine, il est loin d'en être de même à la suite d'hémorragies successives et rapprochées, même de peu d'importance, même après l'arrêt complet de ces hémorragies. Cette notion, dans l'espèce, est capitale.

Il faut bien savoir aussi que ces anémies chroniques ne portent pas seulement sur la masse du sang, mais qu'elles influent directement sur l'état organique de tous les viscères, en particulier le cœur, les reins, le foie dont le bon fonctionnement importe beaucoup pour la sécurité opératoire. En cas de fibrome il y a souvent concomitance de sclérose cardio-rénale, de dégénérescence graisseuse du cœur, lésions qui se rapportent à un état constitutionnel (dont dépend sans doute aussi le fibrome), ou à la tumeur même, mais qui sont certainement aggravées par l'anémie. D'autre part, MM. Gilbert et Garnier ont démontré que l'anémie post-hémorragique suffisait à déterminer des lésions graves du foie ; tuméfaction transparente de ses cellules à laquelle fait suite la nécrose. Il y a longtemps que la clinique a constaté la coexistence fréquente de la stéatose des principaux viscères et de l'anémie en cas d'hémorragies répétées.

Maintenant que nous connaissons mieux les altérations viscérales imputables aux anesthésiques, que nous savons qu'ils tendent à la congestion et à la stéatose du foie, des reins, à l'infiltration granuleuse du cœur, que même dans des suites opératoires en apparence normales, ils provoquent une destruction particulièrement intense des albuminoïdes, de l'hypotension artérielle, de l'oligurie et que, dans des cas heureusement rares, sans qu'on sache encore trop pourquoi, ils peuvent donner lieu, un certain temps après l'opération, à des intoxications plus ou moins graves, il est à croire, jusqu'à preuve du contraire, qu'ils sont encore beaucoup plus à craindre pour des organes déjà profondément altérés par l'anémie.

Pour les fibromateuses gravement anémiées, on ne doit donc procéder immédiatement à l'intervention radicale que si elle est de peu d'importance comme, par exemple, l'extirpation d'un polype pédiculé. Mais pour peu que l'anesthésie soit nécessaire, qu'il doive se produire une perte notable de sang, c'est une obligation que de mettre au préalable la malade en état de défense, c'est-à-dire d'arrêter complètement et pour des semaines les hémorragies, de donner aux viscères et au sang le temps de se régénérer, en y aidant de son mieux.

Malheureusement, encore une fois, on vit actuellement trop vite pour prendre ces soins, et alors qu'ils paraissent nettement indiqués, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à les prendre, que voyons-nous faire actuellement aux plus consciencieux ? L'opération étant indiquée, on l'exécute sans délai.

Allons-nous conseiller pour l'hémostase, et suivant l'habitude tel ou tel vaso-constricteur, ergotine, extrait d'hydrastis ou hydrastinine, sulfate de quinine ? Le chlorhydrate d'hydrastinine en injection sous-cutanée, à la dose de 0 gr. 10 et même 0 gr. 20 (en deux doses) par jour est peut être plus recommandable ; mais n'oublions pas que le bon nombre de femmes atteintes de fibromes sont des artério-scléreuses et qu'il n'est pas logique de leur appliquer un remède qui risque de gêner le fonctionnement cardio-rénal et d'augmenter, comme je l'ai vu plus d'une fois, après les avoir très passagèrement diminuées, les hémorragies en question, en épuisant la puissance contractile d'artères qui n'en ont pas à revendre. Les injections de sérum gélatinisé m'ont paru sans grand effet, de même que le chlorure de calcium dont il faut craindre l'action sur les reins, surtout quand il s'agit de fibromateuses.

En somme, rien ne vaut mieux le traitement lo-

cal ; les injections chaudes répétées toutes les trois heures, le tamponnement vaginal, sont utiles mais insuffisants. L'électrolyse, une fois l'opération décidée, reconnue nécessaire, demande trop de temps pour agir en tant que moyen préparatoire ; on peut cependant y penser. Le curetage n'est suivi d'effet que s'il a été complet, c'est-à-dire si la cavité utérine n'est pas trop diverticulaire ; il peut donner un répit très suffisant pour la restauration de l'état général,et j'en ai usé plusieurs fois, six semaines à deux mois avant l'hystérectomie vaginale qui a été, je crois, de ce fait encore mieux supportée qu'à l'habitude. Mais le curetage demande ordinairement l'anesthésie et je trouve pour ma part, à l'heure actuelle, beaucoup plus pratique et encore plus sûr de soumettre pendant vingt-quatre heures la cavité utérine, après ou sans dilatation préalable, au contact d'une mèche imprégnée de chlorure de zinc à 50 p. 100. Le moyen est très efficace si la mèche est poussée *jusqu'au fond* de la cavité utérine (ce qui doit se faire très rapidement sous peine d'en être empêché par la contraction de l'organe) non pas avec l'hystéromètre dont le renflement terminal ramène presque fatalement au dehors l'extrémité profonde de la mèche, une fois qu'elle a été mise en bonne place, mais avec une tige plate ou terminée par une fourche courte et mousse. Le moyen n'est pas seulement efficace, il n'a aucun inconnient ultérieur, s'il est bien entendu que le molimen menstruel doit être supprimé par la castration ou l'hystérectomie. Enfin il est remarquablement bien toléré, alors que le crayon de Dumontpallier, de triste mémoire, détermine les atroces douleurs que l'on sait. C'est que la solution dont est imprégnée la mèche, d'ailleurs convenablement essorée, est rapidement neutralisée par le sang et les liquides utérins, malgré son titre élevé, et n'a qu'une action superficielle tout juste suffisante, tandis que le crayon détermine une escarification profonde musculo-muqueuse, inutile et dangereuse. J'ai usé avec le même avantage du moyen que je préconise pour combattre les hémorragies du cancer du corps utérin inopérable, alors que le curetage même est peu utile et dangereux, et contre ces métrorragies des artério-scléreuses âgées, qui font tout d'abord penser au cancer et ne sont dues qu'à la dégénérescenee graisseuse de leurs vaisseaux. Ceux qui auront une antipathie irréductible pour le chlorure de zinc, même dans les conditions que je précise, pourront encore user avec avantage de la solution de ferripyrine à 1/5 ; mais, bien entendu, elle est moins active.

On nous a parlé en ces derniers temps de l'action antimétrorragique des rayons X, particulièrement en cas de fibrome utérin. Mais que n'a-t-on pas attribué aux merveilleux rayons ? Je demande à attendre pour être convaincu. Je dois cependant rappeler que Terrillon croyait déjà à l'efficacité des bains de soleil.

L'hémorragie arrêtée, on combattra l'anémie par les moyens usuels ; injection de sérum artificiel à petite dose (à la fois tonique et hémostatique au-dessous de 300 grammes ; 100 grammes *pro die* suffisent) ; préparation de fer et kina ; aération continue ; nourriture substantielle.

Reste le choix de l'intervention. Quand bien même l'on aura très sensiblement remonté le taux de leur hémoglobine, il ne faut pas oublier que ces malades, de par l'atteinte portée à leurs viscères, demeurent des fragiles. Une énucléation vaginale, après section médiane de l'utérus, une hystérectomie vaginale, si elle doit être facile, c'est-à-dire si la tumeur est peu volumineuse, non adhérente, suffisamment abaissable, si le vagin est ample... sont des opérations qui leur conviennent. Mais si la laparotomie est indiquée, il faut savoir retenir sa main, ne pas pratiquer l'hystérectomie et s'en tenir à la castration, sauf dans les cas qui ne s'y prêtent pas, c'est-à-dire : s'il s'agit d'une tumeur œdémateuse kystique télangiectasique, en voie de dégénérescence maligne, déterminant des pertes intermenstruelles (c'est-à-dire à évolution sous-muqueuse au moins partielle), si elle s'accompagne d'accidents de compression très pressants, si l'hémostase est rendue aléatoire par la brièveté ou l'absence de pédicule annexiel.

Dans ces différents cas, il faut, coûte que coûte, après la préparation voulue, pratiquer l'hystérectomie abdominale et de préférence la sus-isthmique, bien moins hémorragipare, à moins que l'on ne craigne la dégénérescence maligne. Mais dans tout autre cas, c'est-à-dire pour préciser, s'il s'agit de tumeur de consistance ferme, franchement bénigne, purement ménorragique et à évolution abdominale, si, d'autre part, la malade s'est trouvée, il y a peu de temps, dans ces conditions d'anémie grave que j'ai essayé d'esquisser et si même, après une certaine période d'attente et de soins, elle semble dans un état beaucoup meilleur.... c'est à la castration qu'il faut encore se borner à l'heure actuelle, malgré tous les progrès accomplis dans la technique opératoire et l'asepsie.

Je sais bien qu'aujourd'hui le plus grand nombre des chirurgiens enlèvent systématiquement l'utérus, même chez les femmes exsangues, qu'ils le font vite et réussissent souvent ; mais ce dont je suis convaincu, c'est qu'*avec la castration, quand elle est bien exécutée, non contre-indiquée par l'évolution intrinsèque et topographique de la tumeur, on doit toujours réussir*. Or, on n'a pas le droit d'exposer la vie d'une femme, serait-ce sur cent ou davantage, si l'on est assuré de la guérir, en s'en tenant à une certaine pratique, si passée de mode soit-elle. Par le temps qui court et qui demain volera, choses et gens deviennent rapidement vieux jeu, mais ce n'est pas toujours au profit des malades. L'hystérectomie vaginale, pour quelques-uns, n'est-elle pas déjà une opération d'ancêtre, une opération de gens qui ne savent pas être aseptiques ? Elle guérit pourtant bien facilement et sans cicatrice apparente bien des femmes qui, vu leur état général, et malgré l'habileté, l'asepsie du chirurgien, auraient pu être compromises par une laparotomie. Il n'y a pas quinze ans, ne proclamait-on pas, aussi bien à l'étranger qu'en France, qu'il était criminel de préférer l'hystérectomie à la castration ? Pourquoi ? Est-ce seulement parce que la castration était moins grave ? Non... c'est qu'elle guérissait. Son action aurait-elle changé ?

Je l'ai demandé à un certain nombre de maîtres, de ceux qui se préoccupent encore des indications opératoires, et de leurs réponses comme de ma propre expérience, je conclus que, ce qui a changé, ce qui s'est étonnamment amélioré, c'est la statistique de l'hystérectomie abdominale ; mais, comme elle ne vaut pas encore celle de la

castration, il faut se rappeler parfois qu'en fait de fibrome il peut être indiqué d'enlever les annexes en conservant l'utérus.

Dans la castration pour fibrome on peut être assuré de l'insuccès, si l'on ne résèque *en totalité* les deux ovaires. Il n'y a pas à se fier à la cautérisation d'un moignon d'ovaire, si petit soit-il. La persistance de quelques follicules de de Graefe suffit à la reprise des métrorragies. Or, de même que la glande mammaire se diffuse parfois jusque dans l'aisselle, il est à remarquer que, particulièrement en cas de fibrome, l'ovaire est parfois non seulement hypertrophié, mais s'étale, s'infiltre volontiers dans l'épaisseur même de son aileron et de son ligament interne. On comprend que dans ces conditions il soit facile d'en laisser dans le moignon. Parfois même, si la tumeur est intraligamentaire, l'organe est étroitement appliqué à sa surface sans trace de pédicule. Dans ce dernier cas, comme je l'ai dit, il vaut généralement mieux renoncer à la castration, l'hystérectomie devenant plus simple, plus rapide et plus sûre à tout point de vue.

Pour être certain d'enlever complètement l'ovaire tout en effectuant l'hémostase, il faut placer une chaîne de trois anses ; l'interne embrasse verticalement le pédicule annexiel en rasant la gaine latéro-utérine et la corne utérine correspondante ; la moyenne enserre le corps du ligament large, aussi bas que possible, à sa base même, au-dessous de l'ovaire ; l'interne embrasse perpendiculairement et aussi en dehors que possible, au ras de la gaine iliaque externe, le pédicule annexiel externe, On serre les fils dans le même ordre ou en sens inverse. Puis l'on détache l'ovaire aux ciseaux et le reste au thermocautère. Si, au lieu de trois anses de fil, on n'en met que deux, ce qui se fait d'ordinaire pour l'ovaro-salpingite, on ne peut généralement ligaturer assez bas au-dessous de l'ovaire. Si on détache l'organe au thermo, on risque beaucoup plus d'en laisser un fragment dans le moignon, qu'en usant de l'instrument tranchant. On m'excusera d'insister sur des détails aussi infimes, le succès de cette petite opération, si simple en elle-même mais si précieuse en ses résultats, dépendant non seulement de l'observance exacte de ses indications, mais d'une technique minutieuse, visant, d'une façon ou de l'autre, une exérèse parfaite.

Je n'ai pratiqué qu'une quinzaine de fois la castration pour fibrome, la réservant aux fibromes accompagnés d'anémie vraiment grave, non justiciables de la voie vaginale, et répondant par ailleurs, aux diverses conditions évolutives dont j'ai parlé. Toutes ces malades ont complètement guéri, non seulement de leur opération, mais des accidents inhérents à leur fibrome et particulièrement de leurs hémorragies. Plusieurs d'entre elles étaient pourtant dans un état bien grave. J'ai toujours été frappé de la rapidité avec laquelle les tumeurs même volumineuses, s'atrophiaient.

Je me résume :

Si la malade atteinte de fibrome est au voisinage de la ménopause, si elle ne présente point de signe de transformation maligne, de symptômes de compression par trop marqués il est sage, malgré les progrès de la technique opératoire, de s'abstenir d'intervention radicale, même et surtout en présence d'anémie grave.

Si au contraire la malade est encore en pleine activité génitale et si elle présente des accidents suffisamment sérieux ou qui promettent de le devenir, il est entendu qu'il faut l'opérer et sans retard si l'état général est encore bon ; mais s'il est gravement compromis, comme c'est le fait à la suite d'hémorragies répétées, il faut savoir apprécier le degré de cette gravité, baser son appréciation non pas à vue de nez, mais sur des données précises qui commanderont ou non momentanément l'abstention et en fixeront la durée ; s'appliquer pendant la période d'attente à relever méthodiquement le force et à juguler *complètement* les hémorragies en usant d'une thérapeutique locale bien comprise et non de médicaments d'un effet momentané, incertain ou nuisible ; enfin, le moment venu d'opérer, choisir pour ces malades qui, malgré tout, demeurent des fragiles, l'opération la moins traumatisante, tout en étant la mieux indiquée.

L'habileté du chirurgien ne remplacera jamais la science des indications.

CHRONIQUE DE MÉDECINE SOCIALE

La Médecine légale des accidents du travail.

Par le Dr Ch. Diverneresse
(de Saint-Mandé.)

(*Suite.*)

Dans le n° 23 du *Concours Médical* de cette année, page 411, nous avons publié le barème minimum pour le rachat des rentes inférieures à cent francs allouées aux ouvriers victimes d'accidents du travail entraînant une incapacité permanente partielle.

Nous avons joint à ce tableau toutes les indications nécessaires pour en faire usage.

Nous avons en même temps promis de publier bientôt une table d'évaluation des incapacités elles-mêmes. Nous tenons aujourd'hui notre promesse.

Le tableau que nous publions n'a point pour but d'indiquer d'une manière doctrinaire à quel taux le médecin doit évaluer l'incapacité de travail d'un accidenté du travail déterminé. C'est là, bien entendu, une question d'espèce qui ne saurait être solutionnée par avance pour tous les cas qui peuvent se présenter.

Les tables d'incapacité qui ont été dressées jusqu'à ce jour indiquent, en face de la désignation de chaque genre d'incapacité, un maximum et un minimum entre lesquels peut varier l'évaluation ; elles ne donnent point des exemples auxquels puisse se référer, par comparaison, le médecin qui les consulte.

Notre tableau permet, au contraire au médecin qui se trouve en présence d'une incapacité de travail de rechercher l'espèce qui s'en rapproche le plus, soit par le genre d'incapacité, soit par la profession du blessé, et de se guider ainsi dans l'évaluation qu'il aura lui-même à arbitrer.

TABLEAU DE QUELQUES JUGEMENTS RELATIFS AUX RÉDUCTIONS D'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE,

pouvant servir par comparaison pour l'appréciation de l'incapacité d'un cas particulier soumis à l'appréciation d'un médecin ou d'un expert.

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
TETE				Frs
Suppression d'une surface égale à celle d'une pièce de 5 francs de la partie osseuse de la boîte crânienne de la région frontale gauche (maçon)............	Chambéry, 11 janvier 1900.	900 »	66.66 %	33.33 % = [illegible]
Opération du trépan, dépression de 9 cm, sur 7 cm, due à l'enlèvement du pariétal. Faiblesse du bras gauche par suite d'une paralysie incomplète, tremblement nerveux, extension de l'avant-bras gauche restreinte; faiblesse de la jambe gauche, troubles de la parole (carrier)	Chalon-s.-Saône, 22 mai 1900.	783 »	90 %	45 % = [illegible]
ŒIL				
Perte partielle de la vision de l'œil droit estimée à une réduction d'un tiers de force visuelle, après perte antérieure de l'œil gauche (plâtrier)...............	Tarascon, 23 mars 1900.	1.500 »	50 %	25 % = [illegible]
Perte d'un œil, à la suite de la perte antérieure de l'autre œil (verrier)	Cour de Paris, 16 février 1901.	1.590 »	66.66 %	33.33 % = [illegible]
Perte de l'œil gauche et gêne de la vision de l'œil droit (tanneur)............................	Tournon, 28 déc. 1899,	750 »	50 %	25 % = [illegible]
Perte de l'œil gauche et réduction des fonctions visuelles de l'œil droit dans la proportion de 5/10 (terrassier)	Saint-Dié, 3 août 1900.	1.000 »	83 %	41.50 % = [illegible]
Perte de l'œil droit et diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche (terrassier)....................	St-Marcellin, 30 nov. 1900.	1.080 »	75 %	37.50 % = [illegible]
Perte de l'œil droit et diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche (forgeron)	Segré, 26 février 1901.	1.179 »	54 %	27 % = [illegible]
Perte totale de la fonction visuelle de l'œil droit et diminution considérable de l'acuité visuelle de l'œil gauche (ouvrier)............................	C. de Rouen, 7 avril 1900.	645 85	33 %	16.50 % = [illegible]
Opacité transparente de la cornée pour les 2/3 inférieurs du champ pupillaire, opacité très légère ne gênant pas sensiblement la vision (ouvrier).......	Chalon-s.-Saône, 2 mai 1900.	1.144 80	5 %	2.50 % = [illegible]
Perte de l'œil (cornée opaque) par suite d'un éclat de chaux vive (transport de chaux)................	Narbonne, 29 mars 1900.	1.800 »	33.33 %	16.66 % = [illegible]
Perte d'un œil (ouvrier)........................	C. de Rennes, 15 mai 1901.	»	25 %	12.50 %
Perte d'un œil (maréchal-ferrant)................	Cour d'Aix, 13 mars 1900.	1.642 50	50 %	25 % = [illegible]
Perte d'un œil (métallurgiste)...................	St-Etienne, 28 mai 1900.	928.60	33.33 %	16.66 % = [illegible]
Perte d'un œil (tisseuse)........................	Lyon, 1er août 1900	900 »	40 %	20 % = [illegible]
Perte d'un œil (ouvrier de la Société des forges et chantiers).............................	C. d'Aix, 3 août 1900.	1.208 »	50 %	25 % = [illegible]

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Perte d'un œil (ouvrière agricole de batteuse mécanique)..	C. d'Amiens, 1er mars 1901.	750 »	30 %	15 % = 112.50
Perte d'un œil (casseur de pierres)................	C. de Paris, 27 avril 1901.	900 »	33.33 %	16.66 % = 150 »
Perte d'un œil (ouvrier de chantier)................	Montreuil-s-Mer, 27 juillet 1900.	1.260 »	28.56 %	14.28 % = 180 »
Diminution de la vision binoculaire par suite d'un éclat d'acier dans l'œil gauche (mécanicien préposé à la cannelure d'un arbre d'acier).......	Tonnerre, 4 janvier 1900.	1.500 »	16 %	8 % = 120 »
Affaiblissement de l'acuité visuelle de l'œil gauche (ouvrier ajusteur)........................	C. de Besançon, 11 juillet 1900.	1.607 78	49.86 %	24.93 % = 401.95
Diminution de la fonction visuelle de l'œil gauche (ouvrier perceur)............................	C. de Nancy, 18 octobre 1900.	1.409 »	25.88 %	12.94 % = 182.35
Perte du quart environ de l'acuité visuelle de l'œil gauche (ouvrier chaudronnier)................	Avesnes. 2 juin 1900.	1.140 »	9.12 %	4.56 % = 51.84
Diminution notable de l'acuité visuelle de l'œil gauche (ouvrier burineur)........................ (Reprise du travail à la même usine avec augmentation de salaire)........................	Montluçon, 18 mai 1900.	»	0 %	0 % ...
Plaie à la cornée de l'œil gauche, Diminution notable de la vision (casseur de pierres)................	Chambéry, 2 déc. 1900.	1.095 50	40 %	20 % = 219.10
Réduction de la vision de l'œil gauche dans la proportion de 8 % (ouvrier)........................	Nancy, 8 août 1900.	1.260 »	25 %	12.50 % = 157.50
Œil gauche crevé (tisserand)....................	C. de Douai, 19 juin 1900.	906.55	50 %	25 % = 226.60
Enucléation de l'œil gauche (forgeron)............	Avesnes, 15 mars 1900.	1.660 40	18.18 %	9.09 % = 150 »
Enucléation de l'œil gauche (forgeron à la Compagnie de l'Est)................................	Toul, 21 juin 1900.	1.273 48	40 %	20 % = 254.69
Perte de l'œil gauche (manœuvre)................	Grenoble, 19 janvier 1900.	900 »	33.32 %	16.66 % = 150 »
Perte de l'œil gauche (ouvrier)..................	C. de Douai, 26 février 1900.	1.052.57	47.50 %	23.75 % = 250 »
Perte de l'œil gauche (ouvrier employé à gros travaux mécaniques)............................	Mont de Marsan 11 janvier 1901.	768.55	25 %	12.50 % = 96.05
Perte de l'œil gauche (apprenti)................	C. de Lyon, 28 juin 1900.	750 »	33.32 %	16.66 % = 125 »
Perte de l'œil gauche (maçon)....................	C. de Paris, 8 juin 1901.	2.314 »	33.33 %	16.66 % = 385.20
Perte de l'œil gauche (ouvrier)..................	C. de Douai, 10 déc. 1900.	1.342 50	33.40 %	16.70 % = 225 »
Perte de l'œil gauche (employé d'usine)...........	Lorient, 6 nov. 1900.	600 »	50 %	25 % = 150 »
Ablation de l'œil gauche (casseur de pierres)........	Mâcon, 8 août 1900.	500 »	34 %	17 % = 85 »
Perte de l'œil gauche (ouvrier)..................	Fontainebleau, 26 déc. 1900	900 »	44.44 %	22.22 % = 200 »
Perte de l'œil gauche (chauffeur)................	Narbonne, 2 janvier 1901.	1.500 »	50 %	25 % = 375 »
Perte de l'œil gauche (verrier)..................	Privas, 9 mai 1900.	720 »	25 %	12.50 % = 90 »
Perte de l'œil gauche (tôlier)..................	Laval, 1er juin 1900.	1.560 »	40 %	20 % = 312 »
Perte de l'œil gauche (manœuvre)................	C. d'Orléans, 30 mai 1900.	902 »	50 %	25 % = 225.50

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Perte complète de l'œil gauche (ouvrier d'atelier)....	C. de Rennes, 22 nov. 1900.	1.528 05	25 %	12.50 % = 191 »
Perte de l'œil gauche (tisseur)...................	C. de Lyon, 24 juillet 1900.	1.040 45	35 %	17.50 % = 182.07
Perte de l'œil gauche (ouvrier d'usine)............	St-Etienne, 5 juillet 1900.	1.984 »	25 %	12.50 % = 248 »
Perte presque complète de l'œil gauche (tisseuse)....	Roanne, 3 avril 1901.	660 »	25 %	12.50 % = 82.50
Perte de l'œil gauche (tailleur de pierres)..........	C. de Paris, 26 mai 1900.	1.808 10	33.33 %	16.66 % = 301.35
Perte de l'œil gauche (maçon).....................	C. de Paris, 8 juin 1901.	2.314 »	33.33 %	16.66 % = 385.20
Perte totale de l'œil gauche, Contusions au bras gauche et aux jambes (mineur)...................	Marseille, 18 déc. 1900.	1.200 »	25 %	12.50 % = 150 »
Vision de l'œil droit réduite des 5/6 (ouvrier).......	Reims, 15 mars 1901.	2.496 »	20 %	10 % = 249.60
Vision de l'œil droit presque nulle (casseur de pierres)	Grenoble. 13 déc. 1900.	600 »	66.64 %	33.32 % = 200 »
Obnubilation presque complète de l'œil droit (serrurier)...................................	St-Dié, 27 juillet 1900.	1.260 »	50 %	25 % = 315 »
Perte de la vision de l'œil droit (teinturier).........	Troyes, 26 déc. 1900.	975 »	30.76 %	15.38 % = 150 »
Perte des fonctions visuelles de l'œil droit (apprenti mécanicien)	Uzès, 19 juillet 1900.	1.200 »	60.82 %	30.41 % = 365 »
Perte de la vision d'un œil, par suite de la réception dans l'œil droit d'un gravier, dont le choc avait déterminé une kératite traumatique avec conjonctivite intense (ouvrier)........................	Gray, 11 avril 1900.	1.060 »	33.98 %	16.98 % = 180 »
Perte complète de la vision de l'œil droit (terrassier).	Lunéville, 9 août 1900.	822 50	20 %	10 % = 82.25
Perte de l'œil droit (terrassier)...................	C. de Riom, 21 février 1901.	900 »	33.33 %	16.66 % = 150 »
Perte de l'œil droit (ouvrier)......................	C. de Montbrison 6 février 1901.	600 »	30 %	15 % = 90 »
Ablation de l'œil droit par suite de déchirure de l'iris (charpentie)................................	Chambéry, 14 nov. 1900.	1.500 »	40 %	20 % = 300 »
Perte de l'œil droit (carrier)......................	C. de Rennes, 27 nov. 1900.	810 »	25 %	12 50 % = 101 25
Perte de l'œil droit (manœuvre)...................	C. de Nancy, 6 mars 1901.		25 %	12 50 % = »
Perte de l'œil droit (chaudronnier)................	Bourges, 20 déc. 1900.	1.608 »	33.32 %	16.66 % = 268 »
Perte de l'œil droit (tailleur de pierres)...........	C. de Nancy, 14 juin 1901.	1.500 »	20 %	10 % = 150 »
Perte de l'usage de l'œil droit (menuisier)...........	Aix, 19 février 1900.	1.333.95	50 %	25 % = 333.45
Perte de l'œil droit (marteleur de métaux)..........	Lyon, 27 octobre 1900.	1.587 65	30 %	15 % = 238 15
Perte de l'œil droit, casseur de pierres (rente réduite à 100 fr., faute inexcusable de l'ouvrier).........	Chambéry, 6 avril 1901.	1.200 »	33.33 %	16.66 % = 200 »
Perte de l'œil droit (ouvrier).....................	Valenciennes, 14 juin 1900.	1.075 70	33.46 %	16.73 % = 180 »
Perte de l'œil droit (ouvrier).....................	C. d'Orléans, 11 août 1900.	1.825 »	32.86 %	16.43 % = 300 »
Perte de l'œil droit (ouvrier riveur)..............	C. d'Agen, 7 août 1900.	1.800 »	25 %	12.50 % = 225 »
Ablation de l'œil droit. déchirure de l'iris (charpentier)	C. de Chambéry, 18 déc. 1900.	1.500 »	40 %	20 % = 300 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Perte de l'œil droit (ouvrier)	C. de Douai, 31 déc. 1900.	1.342 20	33.52 %	16.76 % = 225 »
Perte de l'œil droit (charpentier)	Grenoble, 31 mai 1900.	1.250 »	40 %	20 % = 250 »
Perte de l'œil droit (ouvrier de chemin de fer, éclat de silex)	C. de Rouen, 14 août 1900.	1.180 »	50 %	25 % = 295 »
Perte de l'œil droit (manouvrier)	Doullens, 6 avril 1900.	1.050 »	33 %	16.50 % = 175 »
Perte de l'œil droit (carrier)	St-Gaudens, 11 mars 1901.	975 »	33.33 %	16.66 % = 162.50
Perte de l'œil droit (puddleur)	Avesnes, 23 nov. 1900.	2.373 »	22.24 %	11.22 % = 264 »
Perte de l'œil droit (mécanicien)	Seine, 5 janvier 1901.	2.150 »	33 %	16.50 % = 354.75
Perte totale de l'œil droit (maçon)	St-Dié, 15 mars 1901.	1.000 »	30 %	15 % = 150 »
Extraction de l'œil droit (ouvrier)	Marseille, 23 avril 1901.	1.650 »	30 %	15 % = 247.50
Perte de l'œil droit (terrassier)	C. de Riom, 21 février 1901.	960 »	50 %	25 % = 240 »
Perte complète de l'œil droit (portefaix)	Montpellier. 6 juillet 1900.	1.991 »	25 %	12.50 % = 248.87
Brûlure de l'œil droit avec impossibilité d'ablation par suite du rapprochement des paupières (chaudronnier)	C. de Douai, 31 oct. 1900.	1.200 »	50 %	25 % = 300 »
OREILLE				
Surdité avec affaiblissement du côté droit du corps (chauffeur)	Aix, 2 mars 1901.	1.380 »	25 %	21.50 % = 172.50
DENTS				
Perte des dents de la mâchoire supérieure (ouvrier camionneur)	Seine, 4 août 1900.		0 %	
COLONNE VERTEBRALE				
Lésion à la colonne vertébrale par suite d'efforts (ouvrier de transports) (réduite au 5e par suite d'une maladie antérieure chronique de la région lombaire)	Limours. 13 nov. 1900.	1.800 »	44.44 %	22.22 % = 400 »
STERNUM				
Voir : Hernie.				
COTES				
Fracture des côtes sans troubles appréciables à l'auscultation. Névralgie diminuant légèrement la capacité de travail. Ankylose partielle de l'épaule gauche.				
Incapacité de 15 à 20 % pour les 2 lésions dont 2/3 pour l'ankylose et 1/3 pour la lésion des côtes. (Expertise Thoinot, enregistrée le 12 janvier 1907, f° 100, case 1879.)				

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
ABDOMEN				
Faiblesse abdominale par suite d'une perforation des intestins interdisant tout travail de force et obligeant le blessé à porter une ceinture ou un bandage pour éviter une hernie ventrale (ouvrier)....	C. de Nancy, 21 mars 1901.	2.900 »	20 %	10 % = 252,50
HERNIE				
Seule la hernie de force, dite directe ou traumatique, peut donner lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898. Est de cette nature la hernie apparue brusquement au cours du travail et qui a suscité, de la part de l'ouvrier, moins d'une heure après son apparition, des plaintes très vives correspondant à une lésion organique alors surtout que l'examen médical révèle que la hernie est apparue sur le trajet du canal inguinal, au-dessus du pli de l'aine. Une hernie de cette nature donne lieu à une réduction de capacité de 20 o/o.	C. de Rennes, 14 mai 1906. Rec. Rennes 1906, 1, 1906	»	20 o/o	»
La hernie étranglée doit être considérée comme un accident du travail, si elle est survenue brusquement par suite d'un traumatisme dû au travail. Une opération chirurgicale, surtout une opération du genre de celle de la hernie, peut toujours être considérée comme dangereuse et aléatoire dans ses résultats ; on ne peut, par suite, faire grief à l'ouvrier de n'avoir pas consenti, malgré les conseils qui lui étaient donnés, à en courir les risques. En conséquence, on ne peut décider que sa résistance à cet égard ait pour effet de dépouiller les membres de sa famille du droit aux indemnités par la loi du 9 avril 1898.	C. de Rennes Arrêt du 27 mars 1906. Rec. Rennes, 1906, I. 91.	»	»	»
Hernie (ouvrier occupé à soulever des madriers) (les lésions occasionnées par un effort nécessaire pour le travail normal ne sont pas visées par la loi)	Bordeaux, 17 déc. 1900.	»	0 %	»
Hernie inguinale. Infirmité antérieure (ouvrier).....	C. de Limoges, 27 février 1901.	»	0 %	»
Hernie inguinale droite, Opération de cure radicale réussie..................................	Seine, 6 février 1904.	1.507 »	8 %	4 % = 90,35
Fracture de l'extrémité inférieure du sternum et hernie de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic (ouvrier)	C. de Limoges, 26 avril 1901.	1.350 »	14.80 %	7.40 % = 100 »
Hernie inguinale causée par une blessure antérieure (ouvrier de transports)........................	Chambéry, 19 nov. 1900.	1.800 »	5 %	2.50 % = 45 »
Hernie (ouvrier)	St-Etienne, 14 février 1901.	1.920 »	10 %	5 % = 96 »
Hernie (ouvriers de transports)..................	Tulle, 29 déc. 1900.	1.140 »	65 %	32.50 % = 200 »
Hernie provoquée par le choc contre l'aine gauche du fer détaché d'un marteau de forge (papetier)......	St-Gaudens, 11 avril 1900.	750 »	30.40 %	15.20 % = 114,05
Hernie inguinale droite (ferblantier).............	Lille, 8 nov. 1900.	1.157 »	15 %	7.50 % = 86 »
Hernie inguinale droite (ouvrier).................	Nancy, 21 mai 1900.	600 »	16.66 %	8.33 % = 50 »
Hernie inguinale droite (tourneur)................	Valenciennes, 20 déc. 1900.	2.000 »	20 %	10 % = 200 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Hernie inguinale du côté droit (manœuvre)........	Dijon, 14 février 1901.	900 »	25 %	12.50 % = 112.50
Hernie épigastrique (voiturier)..................	Chambéry, 16 février 1901,	799 14	16.66 %	8.33 % = 66.60
HANCHE				
Lésion localisée à l'articulation de la hanche droite occasionnée par une chute (menuisier)...........	Nancy, 4 mars 1901.	1.395 65	12 %	6 % = 83.75
REIN				
Chute du rein dans la cavité abdominale (effort normal)..	Bordeaux, 7 janvier 1901.	»	0 %	»
URÈTHRE				
Brisure de l'urèthre (charpentier)................	C. de Nancy, 28 nov. 1900.	900 »	40 %	20 % = 180 »
Ablation d'un testicule (ouvrier relayeur)..........	Seine, 30 mars 1901.	1.450 »	8 %	4 % = 58 »
VARICOCÈLE				
Maladie n'ayant aucune cause traumatique........	Bordeaux, 24 déc. 1900,	»	0 %	»
EPAULE				
Fracture de l'extrémité de la clavicule droite, gêne et douleur dans les mouvements de l'épaule, le bras ne pouvant atteindre la verticale (maçon)........	Nancy, 23 avril 1901.	1.183 35	15 %	7.50 % = 88.75
Fracture de l'épaule droite ayant entraîné une diminution dans la faculté de travail, impossibilité de se servir longtemps de l'épaule comme levier ou point d'appui (charpentier).........................	Mende. 31 déc. 1900.	1.155 »	10 %	5 % = 57.77
Luxation de l'épaule droite avec fracture comminutive de l'extrémité inférieure du fémur droit avec ankylose presque complète du genou, atrophie de la cuisse et de la jambe, et raideur des mouvements latéraux et d'abduction en arrière et de haussement de l'épaule (couvreur).................	Seine, 14 sept. 1900.	2.200 »	66.72 %	33.36 % = 734 »
Fracture de l'omoplate gauche. Atrophie de l'épaule, large cicatrice, ankylose de l'articulation scapulo-humérale, réduction des mouvements. Destruction des masses musculaires de l'épaule par suppuration empêchant l'élévation du bras au-dessus de l'horizontale (charretier)..................... Voir aussi : Bras et Côtes,	Narbonne, 13 février 1900.	1.020 »	50 %	25 % = 200 »
BRAS ET AVANT-BRAS GAUCHE				
Compression de l'avant-bras gauche ayant entraîné 1° la tuméfaction de l'extrémité du radius à l'articulation du poignet; 2° l'impossibilité partielle de la flexion de la main sur l'avant-bras gauche (ouvrier)	Lille (1re chambre).29 nov.1900	1.350 »	25 %	12.50 % = 168.75
Diminution de force du bras gauche (ouvrier électricien)..	Châlons-s-Saône 15 mai 1900.	1.500 »	25 %	12.50 % = 195 »

(A suivre.)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Réunion du conseil du 27 juin 1907.

La séance est ouverte à 2 heures.

Présents : MM. Maurat, Lepage, Cézilly, Gassot, Mignon, Jeanne, Daverne.

MM. Lepage et Gassot font connaître que l'accord est définitivement établi avec le conseil de l'A. G. pour la création dans l'Amicale d'une combinaison D qui pourrait, par cotisation surajoutée à celle de A ou de C, assurer pension à la veuve du sociétaire décédé et à ses enfants jusqu'à 18 ans.

M. le Dr Gassot est chargé de présenter au Conseil, avant la séance préparatoire d'octobre, le rapport qui devra être soumis à l'Assemblée générale de novembre pour provoquer et éclairer son vote à ce sujet.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, informe qu'à partir du 20 juillet 1907 il aura cédé sa clientèle des Mureaux pour participer à la direction de l'excellente *maison de santé pour maladies nerveuses* créée à la *Villa des Pages, au Vésinet*, par le Dr Raffegeau, établissement bien connu des lecteurs du *Concours médical* auxquels il fut plus d'une fois signalé.

Le conseil accueille cette nouvelle avec plaisir, quand il apprend que son dévoué secrétaire général n'en sera que plus libre pour se consacrer à sa tâche et notamment pour assister à toutes réunions nécessaires.

Il prie la rédaction du journal d'aviser les sociétaires par une insertion permanente du domicile nouveau de M. le Dr Mignon.

Le conseil remplit ensuite ses obligations trimestrielles.

1o *Indemnités.*

5	20 jours chronique	66 66
31	18 jours à 10 fr	180 »
39	4 jours à 10 fr	40 »
43	5 jours à 10 fr	50 » fait don à la caisse auxiliaire.
51	3 mois chr	300 »
77	26 jours à 10 fr	260 »
80	3 mois à 3 fr. 33	300 »
106	8 jours à 10 fr	80 »
137	3 mois à 3 fr. 33	300 »
147	3 mois à 3 fr. 33	300 »
149	17 jours à 10 fr	170 »
150	3 mois à 3 fr. 33	300 »
173	3 mois à 3 fr. 33	300 »
178	60 jours à 10 fr	600 »
179	3 mois à 3 fr. 33	300 »
186	3 mois à 3 fr. 33	300 »
208	8 jours à 3 fr. 33	26 65
210	14 jours à 10 fr	140 »
215	18 jours à 10 fr. 10 jours chr. à 3 fr. 33	213 30
232	13 jours à 10 fr	130 »
237	37 jours à 10 fr	370 »
238	3 mois à 10 fr	300 »
240	14 jours à 10 fr	140 »
249	38 jours à 10 fr	380 »
261	60 jours à 10 fr. 13 jours à 3 fr. 33	643 30
315	22 jours à 10 fr	220 »
331	19 jours à 10 fr	190 »
332	3 mois à 3 fr. 33	300 »
341	3 mois à 3 fr. 33	300 »
348	31 jours à 10 fr	310 »
354	2 mois + 24 jours chr	279 90
372	3 mois à 3 fr. 33	300 »
387	9 jours à 10 fr	90 »
421	3 mois à 3 fr. 33	300 »
438	8 jours à 5 fr	40 » (1/2 B)
439	14 jours à 10 fr	140 »
440	18 jours à 10 fr	180 »
452	11 jours à 10 fr... 110 » 48 jours à 10 fr... 480 »	590 »
498	3 mois à 3 fr. 33	300 »
509	3 mois à 3 fr. 33	300 »
546	26 jours à 10 fr	260 »
549	13 jours à 10 fr	130 »
563	21 jours à 10 fr	210 »
573	15 jours à 10 fr	150 »
616	22 jours à 10 fr	220 »
626	13 jours à 10 fr	130 »
673	21 jours à 10 fr	210 »
732	15 jours à 10 fr	150 »
737	1 mois + 15 jours à 3 f. 33	150 »
738	36 jours à 10 fr	360 »
751	20 jours à 10 fr	200 »
776	8 jours à 10 fr	80 »
808	25 jours à 10 fr	250 »
828	4 jours à 10 fr	40 »
869	29 jours à 10 fr... 290 » 52 jours à 10 fr... 520 »	810 »
909	24 jours à 10 fr	240 »
917	32 jours à 10 fr	320 »
934	3 jours à 10 fr	30 »
942	74 jours à 5 fr	323 30 (1/2 B)
957	3 mois à 3 fr. 33	300 »
970	11 jours à 3 fr. 33	36 60
1001	60 jours à 10 fr... 600 » 18 jours à 3 fr. 33. 59 95	659 95
1003	9 jours à 10 fr	90 »
1038	4 jours à 10 fr	40 »
1094	28 jours à 10 fr	280 »
1101	4 jours à 10 fr	40 »
1116	5 jours à 10 fr	50 »
1117	10 jours à 10 fr	100 »
1143	26 jours à 10 fr	260 »
1153	29 jours à 10 fr	290 »
1154	3 mois à 3 f. 33	300 »
1176	4 jours à 10 fr	40 »
1199	22 jours à 10 fr. 38 jours à 3 fr. 33	446 65
1205	6 jours à 10 fr	60 »
1213	17 jours à 10 fr	170 »
1241	3 jours à 10 fr	30 »
1253	41 jours à 10 fr	410 »
1275	12 jours à 10 fr. 2 mois + 18 chr.	379 95
1302	39 jours à 10 fr	390 »
	Total	18.666,25

Admissions.

A) Dr Rivet, à Nantes ; Seibel, à Livarot ; Vanhdegenborg, à Villereversure (Ain) ; Boulade, à Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre) ; Damas, à Digne ; Landry, à Chef-Boutonne, (Deux-Sèvres) ; Tiphine, à Cœuvres (Aisne) ; Cortet, à Arc-sur-Tille (Côte-d'Or).

C) Dr Mathieu, à Sainte-Menehould ; Giralt, à Saint-Laurent-de-Cerdans ; Durausoy, à Villeneuve-Saint-Georges.

Le conseil ajourne les demandes 1° d'un confrère dont l'admission était restée en suspens à la précédente réunion ; 2° d'un second qui n'a pas encore prouvé sa candidature à la Société locale de l'A. G. dans son département ; 3° d'un troisième qui devra subir un examen de contrôle.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire des séances,
Dr JEANNE.

Syndicat médical de la région de Bourg.

Assemblée générale du 25 *avril* 1907.

La séance est ouverte à 2 heures 1/2 sous la présidence de M. le docteur Passerat, président.

Etaient présents : MM. Agniel, Armand, Barbet, Bouilloud, Chapoy, Démias, Grosfilley, Micaud, Nodet, Passerat, Pitre, Servas, Tignel, Touillon et Vanhaegenborgh.

MM. Bourgeois, Colin et Meneault s'étaient excusés. Les Syndicats voisins étaient représentés par MM. Boudin pour les Syndicats du Bugey et pays de Gex et Perret pour celui de Trévoux.

I. *Compte rendu moral.* — Le Président dit que, pendant le dernier semestre, la vie syndicale de notre groupe a été assez calme. Il fait part des divers faits dont le bureau a eu à s'occuper : circulaire du Syndicat de Valence au sujet des agissements peu confraternels de certains médecins et chirurgiens de grande ville ; réclamation de plusieurs collègues à l'occasion de leurs rapports avec les sociétés de Secours Mutuels ; demandes de renseignements au sujet de services administratifs ; démarches pour la révision du tarif départemental pour les vaccinations et revaccinations obligatoires.

En revanche la vie professionnelle a été des plus mouvementée : la création du Certificat d'Etudes Médicales supérieures a non seulement soulevé une protestation générale du corps médical ; mais elle a provoqué un mouvement unanime contre l'état actuel de l'enseignement médical, un congrès de praticiens fut décidé et pour le rendre plus imposant, les associations professionnelles, les syndicats médicaux rivalisèrent d'efforts et d'entrain.

L'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est, laissant toute liberté aux sociétés affiliées, vota une allocation spéciale à leurs délégués.

Ne pouvant faire une réunion spéciale, votre bureau vu l'importance et la proximité du Congrès, décida l'adhésion de notre groupe et désigna M. Boudin pour nous représenter. Je suis persuadé que vous ratifierez notre décision.

Mais le mouvement était trop important et le gouvernement lui-même sentait la nécessité d'en tenir compte, aussi ne tardait-il pas à rapporter le décret instituant le certificat d'études médicales supérieures et à publier un nouveau règlement pour l'agrégation, le recrutement des professeurs, le P. C. N. et enfin instituait une commission extra-parlementaire pour étudier la réforme des Etudes médicales.

La confection de la liste des membres de cette commission fut assez laborieuse; en fin de compte le groupe médical parlementaire obtint que les praticiens y seraient représentés. En conséquence des principaux groupements, surtout praticiens de province, furent invités à désigner des candidats et dix jours avant la réunion de la commission, le ministre choisit parmi eux quelques représentants. Votre président fut désigné comme délégué de l'Union des Syndicats du Sud-Est.

La question de l'impôt sur le revenu a également été étudiée par le bureau du Syndicat. Comme vous le voyez, un certain nombre de ces questions ont été jugées assez importantes, pour former un chapitre spécial dans l'ordre du jour de la réunion d'aujourd'hui.

Je tiens à constater la vitalité de notre syndicat qui tâche de grouper les praticiens anciens et nouveaux de la région, les bons rapports qu'il entretient avec les groupements voisins : Syndicats de Lyon, qui nous envoie son bulletin, de Trévoux et du Bugey et pays de Gex dont je suis heureux de saluer les représentants à notre réunion.

II. — *Compte rendu financier.* — Le Dr Touillon, trésorier, indique en quelques mots la situation de la caisse du Syndicat. L'avoir consiste en 300 fr. qui sont placés à la caisse d'épargne, auxquels il faut ajouter le produit des cotisations qui viennent d'être payées ou qui sont à recouvrer.

Le trésorier est d'avis de placer en réserve à la caisse d'épargne le plus possible, pour le cas où le syndicat aurait à faire les frais d'un procès, ce qui peut arriver d'un jour à l'autre. Dans le même ordre d'idées, le président fait connaître que le Dr Boudin, délégué des Syndicats de l'Ain au Congrès des Praticiens, a reçu 100 fr. de l'Union des Syndicats du Sud-Est comme subvention.

Il demande que notre Syndicat contribue aux dépenses de notre confrère et propose une allocation de 50 francs.

La proposition du président est mise aux voix et adoptée. La caisse du Syndicat n'étant pas des plus riches, il est décidé à l'unanimité que, par exception et pour cette année seulement, chaque membre versera en plus de sa cotisation annuelle un supplément de deux francs.

III. — *Commission extra-parlementaire pour la réforme des Etudes Médicales.* — Le Dr Passerat, délégué de l'Union des Syndicats du Sud-Est, expose le compte-rendu de sa mission : « Averti le 7 mars de ma nomination, j'ai tenu à être fixé sur les desiderata de notre groupe ; mais le peu de temps qui nous séparait du jour de la réunion (15 mars) a sans doute été la cause que ma demande n'a pas reçu de réponse. J'ai dû avoir recours à l'obligeance de notre collègue le Dr Boudin pour me documenter.

A la réunion du 15 mars, les praticiens brillaient par leur petit nombre au milieu des sommités des facultés françaises. Mais, je tiens à le dire, nos intérêts ont été vaillamment défendus. Au début, le débat semblait devoir être bien limité suivant les indications du ministre, mais il s'élargit bientôt, professeurs et praticiens, venant exposer les doléances et les desiderata du corps médical

réunis en deux mots : insuffisance de l'enseignement médical actuel et nécessité d'une réforme radicale ayant pour base la pratique et l'hôpital.

Des discours prononcés, je ne retiendrai que celui du Dr Lereboullet, président de l'Association générale. Je me contenterai de dire qu'au bout de deux heures, il a été décidé que la commission pourrait toucher à toutes les questions se rattachant à tous les intérêts médicaux et qu'il n'y aurait qu'une seule commission. Quand ces points furent acquis, un membre résuma la question par ces mots : « *C'est alors la Révolution* » et je dois dire que je n'ai pas été le seul à répondre : « *Parfaitement* ».

Depuis, la Commision extra-parlementaire s'est mise à l'œuvre ; elle a déjà arrêté des propositions, et je ne doute pas qu'éclairée par les décisions du congrès des Praticiens, elle n'arrive à présenter un projet conforme aux désirs de tous ».

IV. *Congrès des Praticiens.* — Le Docteur Boudin qui avait été chargé de représenter notre syndicat au Congrès des Praticiens ,rend compte de son mandat et de l'impression qu'il a rapportée des différentes séances auxquelles il a assisté. Cette impression peut se résumer dans les mots d'un des congressistes les plus éminents, ce sont « les Etats généraux du Corps médical ».

Plus de 5000 médecins y étaient en effet représentés et exposaient leurs doléances.

Le Dr Boudin dit que l'on doit se féliciter de voir les médecins secouer leur apathie légendaire et porter un peu de leur activité vers l'amélioration et le bien être de la profession. Il termine en parlant des diverses sociétés de prévoyance du corps médical et fait un appel chaleureux envers l'Association générale, le Concours médical et ses filiales (Sou médical, Caisse indemnité maladie, Amicale, etc.).

V. *Libre choix du médecin dans les Sociétés de Secours Mutuels.* — Le Dr Armand avait été chargé d'un rapport sur cette question. Tout récemment, des modifications ont été apportées dans ce sens dans la plupart des fédérations mutualistes et en particulier au Congrès de la Mutualité française qui vient d'avoir lieu à Nice. Dans ces conditions le Dr Armand demande le renvoi à la prochaine réunion de la lecture de son travail pour sa mise au point.

VI. — MM. Passerat et Bouilloud ont assisté aux réunions des Syndicats voisins. Aucune question spéciale n'a été soulevée, tous les points importants (vaccinations, protection du premier âge, accidents du travail, etc).) ayant été étudiés d'accord entre les trois syndicats du département. M. Pitre est désigné pour assister à la prochaine réunion du Syndicat du Bugey et du pays de Gex et M. Bouilloud à celle du Syndicat de Trévoux.

VII. *L'impôt sur le Revenu et les Médecins.* — Le corps médical serait lourdement atteint par le projet d'impôt sur le revenu dû à M. Caillaux s'il était adopté. Outre que l'impôt nouveau serait beaucoup plus élevé que l'ensemble des contributions payées aujourd'hui, il serait profondément injuste pour le praticien, pour lequel aucun frais ne serait déduit et qui paierait l'impôt non sur son revenu, mais sur son travail.

Le Dr Boudin donne lecture d'une lettre qu'il a adressée à ce sujet à l'Union des Syndicats et qui a été publiée dans le Bulletin du 5 avril 1907. Le Syndicat, à l'unanimité, se rallie aux conclusions de cette lettre et proteste contre l'adoption du projet Caillaux. Il est décidé que cette motion sera communiquée à l'Union des Syndicats Médicaux.

VIII.— *Vaccinations et désinfections obligatoires.* — Le président fait connaître que, sur les instances de nos confrères, MM. Ballivet et Edouard, le Conseil général a décidé d'allouer une indemnité de déplacement aux médecins chargés des vaccinations et revaccinations obligatoires. Nos confrères ont fait observer que ce n'était que juste, attendu que les pharmaciens, qui sont chargés des désinfections, touchent la même indemnité. Toutefois il est rappelé aux confrères de n'user de cette indemnité qu'avec la plus grande économie, le budget départemental n'étant pas très élastique sur ce point.

IX. — *Différends avec une Société de Secours Mutuels.*—Par une lettre du 3 février dernier, le président de la Société de Secours Mutuels de Ceyzeriat répondait à une note d'honoraires qui lui était adressée par un de nos confrères : « La Société ne prend à sa charge aux termes de ses réglements que les honoraires des praticiens membres honoraires de la Société, » et refusait le paiement de la note. Or, le 2 avril 1904, le même président avait signé l'engagement ordinaire qui lui avait été envoyé par le Syndicat et ainsi conçu:

1° Les membres honoraires ne peuvent bénéficier des avantages de la Société.

2° Suppression de l'abonnement.

3° Les Sociétés sont astreintes au tarif ouvrier régional (tarif minimum). Cependant il pourra être accordé à ces Sociétés une réduction qui n'excèdera jamais 20 pour cent sur la note totale.

4° Les médecins seront tous agréés au même titre pour soigner les membres de la Société.

5° Les contestations qui pourraient survenir entre mutalistes et médecins syndiqués seront résolues par un bureau composé de mutualistes et de syndiqués.

Le bureau est chargé de rechercher quelle sanction pourra être donnée contre une violation d'un engagement librement consenti de part et d'autre.

X. — Le Syndicat décide d'envoyer son adhésion au principe de la « Fédération médicale française » dont le but est d'organiser une loterie pour venir en aide aux infortunes des médecins malheureux.

XI. — Le Président donne lecture d'une communication du Syndicat de Valence qui se plaint des agissements peu confraternels vis-à-vis des praticiens modestes, de certains médecins ou chirurgiens des grandes villes, de Lyon en particulier.

Certains de ces « Princes de la Science » soit devant le malade, dans leur cabinet, soit à l'hôpital et devant leurs élèves, affectent un mépris profond envers le médecin de campagne ou de petite ville et ne craignent pas de se livrer à des réflexions désobligeantes sur les diagnostics portés et les traitements institués.

Plusieurs de nos confrères déclarent que pareil fait n'est pas rare et l'Assemblée, quoique n'ayant pas de faits précis à invoquer approuve la proposition du Syndicat de Valence et décide le cas échéant d'adopter la ligne de conduite qu'il in-

dique, c'est-à-dire, le « *boycottage* » du consultant incorrect.

XII. *Nominations des Syndics.* — MM. Armand, Chapoy et Nodet sont nommés Syndics pour l'année 1907.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire.

Dr SERVAS.

BIBLIOGRAPHIE

Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, par le Dr Pierre MAUREL. Paris, Steinheil, éditeur, 1907.

Dans une agréable plaquette, le Dr P. Maurel a réuni des « silhouettes professorales » brossées de main de maître. Tous ceux qui sont à même de comparer les croquis avec les modèles ne pourront qu'être frappés de la ressemblance et seront charmés par l'art avec lequel ils sont présentés. Le mot *silhouette* est trop modeste pour désigner ces petits tableaux complets, bien vivants, où le principal acteur se montre dans son milieu qui le complète.

« Les professeurs de clinique » tiendront une place particulière dans nos bibliothèques ; il n'est que juste que leurs portraits, quand ils sont si bien réussis, se retrouvent au milieu de leurs œuvres.

L'urine au point de vue chimique et médical : analyse simplifiée avec la signification et l'interprétation physiologique et clinique des résultats, par le Dr Ch. BLAREZ, professeur de chimie à la faculté de médecine et pharmacie de Bordeaux, directeur du laboratoire des analyses médicales. 1 volume in-18, avec fig. Prix : 3 fr. A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les eaux d'égout de Paris. Leur traitement par la méthode de l'épandage sur sol naturel, par la méthode biologique — des lits de contact — par colonne épuratrice, par le Dr ROUCHY, professeur suppléant à l'école de médecine et de pharmacie de Poitiers, chef du laboratoire au service d'assainissement de la Seine. Paris 1907, 1 vol. in-18, 196 pages, avec fig. Prix : 3 fr. Jules Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Précis de technique orthopédique, par le docteur P. REDARD. Un vol. in-18 de 594 pages, avec 492 fig. dans le texte, Cart. 12 fr. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

La grande faucheuse. Vade-mecum de l'éducation antituberculeuse dans la famille, à l'école, à l'atelier, par Dr Fernand BARBARY. Ouvrage distribué par le ministre de l'instruction publique dans les écoles normales d'instituteurs, 1904. Deuxième édition. Un volume in-8 de 340 pages avec 46 gravures dans le texte broché. Prix : 7 fr. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Une loi nécessaire. L'insalubrité publique et l'expropriation, par le Dr Eug. GAUTREZ, directeur du bureau d'hygiène de la ville de Clermont-Ferrand. Préface par Em. Cheysson, membre de l'Institut. Paris 1907, 1 vol. in-18 jésus, 174 pag. Prix : 1 fr. 50. Jules Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France. — Le 9e voyage d'études médicales aura lieu du 31 août au 13 septembre 1907.

Il comprendra les stations de l'Est et du Jura : Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Bains-les-Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Besançon-Moulière, Salins, Lons-le-Saunier, La Faucille, Divonne.

Le V. E. M. de 1907 — comme les 8 précédents — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence au point de concentration, Reims (Cie de l'Est).

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée à la fin de la tournée, au point de dislocation : Divonne, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Reims à Divonne, prix à forfait : 300 francs, pour tous frais : chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboire. — Les parcours en chemin de fer se feront en 1re classe et par train spécial.

Onze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1907 par : le professeur Henrot — les administrations des Eaux-Minérales de : Châtel-Guyon, Evaux-les-Bains, Evian, Mont-Dore, Plombières, Pougues, Royat, Vichy, — le Conseil municipal des Eaux Bonnes — la Compagnie générale des Eaux-Minérales et de bains de mer.

Elles sont attribuées par leurs fondateurs à : 1° un médecin anglais ; 2° un médecin, membre du Concours Médical et de l'Association des médecins de France ; 3° un interne des hôpitaux de Belgique ; 4° deux internes des hôpitaux de Paris ; 5° un interne des hôpitaux de Reims ; 6° un étudiant de chacune des Facultés de médecine de Bordeaux, Lille, Toulouse.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr Carron de la Carrière, 2 rue Lincoln, Paris (VIIIe).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet 1907, termes de rigueur.

Œuvre d'enseignement médical complémentaire E.M.I. ». — Le programme de l'EMI-1907 (voyage médical en Autriche) est définitivement constitué comme suit : Concentration à Nancy, le 7 Août ; 8 Août, Stuttgart ; 9 Août, Munich ; 10 Août, Prague ; 14, 15, 16 Août, Vienne ; 17, 18 Août, Budapest ; 19 Août, Semmering ; 20 Août, Gastein ; 21 Août Innsbruck ; retour par l'Arlberg et Bâle ; dislocation le 23 Août à Belfort.

Comme le précédent, le voyage médical de 1907 sera fécond en travaux intéressants ; partout le groupe sera guidé par les confrères ou les sociétés médicales locales, qui se sont mises très aimablement à la disposition du Conseil de l'Œuvre et montreront les points particuliers et saillants, dignes d'être vus et capables de fournir d'utiles observations. Parmi tous les éminents cicerones de l'EMI-1907, citons seulement les Professeurs Steinthal (Stuttgart), Spatz

(Munich), Schuh (Nuremberg) Kukula et Pilka (Prague), Winterwitz et von Zeissel (Vienne), Leuhossek et Preisz (Budapest), Lobisch (Innsbruck). Les adhérents assisteront aussi à des démonstrations et à des opérations d'après les thèmes locaux. Les membres du Comité de Direction Scientifique du voyage feront, autant qu'il sera possible, des causeries comparatives entre les institutions et méthodes étrangères et françaises.

Pour tous renseignements, écrire, avec timbre pour réponse ou voir l'Administrateur-scientifique, qui recevra les membres du corps médical les lundis, mardis, jeudis, vendredis de 10 heures à midi ; et les mercredis et samedis de 2 heures à 4 heures au Siège de l'œuvre, 8, rue François-Millet, Paris 16e. (Tél. 677-47).

La déclaration payée des maladies contagieuses. — Le *Journal de médecine de Paris*, publie la lettre suivante que nous nous permettons de lui emprunter pour appuyer la thèse dont M. le Dr Declercq (de Lille) s'est fait ici le convaincant défenseur.

Mon cher confrère, j'ai lu votre article sur le « désintéressement des hygiénistes », il m'a inspiré de multiples réflexions. Il en est une, entre autres, que je veux vous soumettre. Pourquoi n'est-il pas prévu de crédit d'honoraires au sujet du *certificat* constatant un cas de maladie contagieuse. Car il s'agit non seulement d'une déclaration obligatoire, mais d'un véritable certificat.

Par exemple, ce n'est pas sans appréhension que le praticien fait connaître aux *Autorités* son diagnostic, et vous n'ignorez pas que le préjudice causé à un commerçant peut être, dans certains cas considérable, sa maison devenant suspecte à sa clientèle ; *inde iræ* du dit commerçant qui se rattrape sur son médecin, et peut lui retirer sa confiance.

Il serait donc juste de faire payer par l'Etat ou la préfecture le certificat qui nous est imposé.

Un journal médical disait naguère, en substance : « On vous dit : Vous déclarerez, mais vous ne serez pas payé ». Cette situation est absurde, et parmi les 50 et quelques confrères du Palais-Bourbon, ne pourrait-on trouver une bouche éloquente attirant l'attention sur ce cas spécial. — Un peu de beurre sur notre pain quotidien ; ce serait justice, Veuillez agréer, etc,

Signé : Dr Nivelet (de Commercy),

Le médecin et le repos hebdomadaire. — Le Syndicat des médecins du Rhône, s'inspirant des principes de la loi sur le repos herdomadaire et se conformant aux décisions du Congrès des médecins praticiens de France, informe le public qu'à partir du 1er juillet 1907, le prix de toute visite demandée à ses membres, pour être effectuée les dimanches et jours de fête, sera le double de celui de la visite ordinaire.

Faculté et Hôpitaux.

— A la suite du dernier concours sont nommés chefs de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, MM. Desjardins et Iselin.

— M. Thoinot, professeur de médecine légale, médecin inspecteur de la Morgue, est chargé de la direction scientifique du laboratoire de toxicologie en remplacement de M. le Prof. Brouardel, décédé, M. Ogier, sous-chef du laboratoire de toxicologie est nommé chef de ce laboratoire.

Enseignement pratique :

— M. Paul Delbet, ancien prosecteur, commencera, le 1er juillet. un cours pratique et privé sur les maladies des voies urinaires. S'inscrire, 14, rue Roquépine.

— La série d'été de cours pratiques par d'anciens internes comprendra les cours suivants (droit d'inscription, 40 francs).

1° A partir du 24 juin : Voies urinaires : M. Minet, clinique, 15, rue Malebranche, lundi, mercredi, vendredi, 1 h. 1/2. — Estomac et intestin : M. Lipmann, Sociétés savantes, rue Danton, mardi, jeudi, samedi, 3 heures. — Obstétrique : M. Lequeux, clinique Tarnier, rue d'Assas, mardi, jeudi, samedi. 6 heures. — Electrothérapie et radiothérapie : M. Delherm, 1er cours le 25 à 5 h. 1/2, rue Malebranche ; les autres à l'hôpital, mardi, jeudi, samedi, 11 heures,

2° A partir du 20 juillet : Laryngologie : M. Bourgeois. — Maladies de la peau : M. Lenglet. — Maladies des enfants : M. Ball. — Chirurgie infantile : M. Judet. — Chirurgie pratique : M. Huguier. — Gynécologie : M. Bender. — Maladies du système nerveux ; M. Rose. — Physiothérapie : M. Esmonet (consulter ultérieurement l'horaire).

Outre les deux séries annuelles, d'autres cours pratiques sont organisés, toute l'année, à la demande d'un nombre suffisant d'auditeurs. Renseignements et inscriptions : M. Minet, 15, rue Malebranche et M. Ball, 31, rue St-Pétersbourg, lundi, mardi, vendredi, 2 à 4 heures et par correspondance.

— Deux cours de vacances sont faits l'un en juillet l'autre en septembre, à l'hôpital St-Antoine dans le service du Prof. Hayem par MM. Bensaude, G. Rosenthal et Agasse-Lafont, chefs et ancien chef de clinique. Ces cours seront absolument pratiques et comprendront l'examen clinique des malades et des démonstrations de quelques procédés spéciaux de diagnostic et de traitement. On étudiera spécialement les affections de l'appareil respiratoire et leur traitement (Dr Rosenthal) ; les affections du tube digestif (Dr Bensaude) ; les affections du cœur des vaisseaux et du sang (Dr Agasse-Lafont).

Chaque cours comprendra 25 leçons : il aura lieu le matin à l'hôpital St-Antoine, pavillon Moïana, les lundi, mercredi, jeudi et samedi de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4 et de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Le cours de juillet, commencera le lundi 1er juillet 9 h. 1/4, Les droits à verser sont de 100 francs, On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 heures.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Rousseau, de St-Denis (Seine) et Denance, de Varennes-aux-Loges (Loiret), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 29 | Dimanche 21 JUILLET 1907



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

LE PROJET CAILLAUX.

Après le *Concours Médical* (motion du Dr Dupont de Villiers-St-Georges à notre Assemblée Générale de novembre dernier), après le Conseil de l'A. G. (séance de mars), après la critique du Dr Boudin publiée au *Bulletin de l'Union des Syndicats*, la presse médicale s'est récemment mise en campagne contre le projet Caillaux, et le Syndicat de la Seine organise une croisade de défense appuyée sur le vœu suivant de M. le Dr Rénon, son vice-président :

Le Syndicat des Médecins de la Seine,

Considérant que le projet Caillaux lèse les intérêts des malades par la violation du secret professionnel, et dessert les intérêts des médecins par une inquisition vexatoire et une augmentation considérable des impôts,

Considérant que l'opinion unanime du corps médical français est opposée à ce projet,

Emet le vœu :

1° *Que l'opinion publique soit largement éclairée sur les dangers que le projet Caillaux fait courir à tous les malades ;*

2° *Que, dans la discussion du projet, les membres du groupe parlementaire luttent énergiquement contre lui, s'efforcent d'obtenir le maintien du* statu quo, *avec amélioration de la patente actuelle, et, en cas de vote du projet, exigent la déduction des frais généraux dans les bénéfices imposables de la profession médicale.*

Voici donc toutes nos Sociétés debout : elles ont parlé, ce qui n'est rien ; elles vont agir, ce qui est tout autre chose et importe bien davantage.

Que vont-elles faire ?

Demander au groupe médical parlementaire de marcher comme un seul homme pour le maintien du *statu quo* ?

Imposer en quelque sorte à chaque médecin l'obligation de porter même ultimatum à son député ?

Mais ces parlementaires peuvent-ils prendre en conscience pareil engagement s'ils estiment, ce qui serait déjà leur droit, que le régime fiscal actuel est à changer radicalement au plus tôt, et, ce qui est leur devoir, s'ils en ont mandat de leurs électeurs ?

Nous n'apercevons de ce côté que démarches stériles, eau bénite de cour, gestes platoniques : nous suivrons par discipline, mais nous n'aurons pas cette foi dans le succès qui vient à bout de tous les obstacles.

Faut-il croire plus possible d'obtenir un régime d'exception pour les médecins dans une loi de ce genre ?

Autre chimère à notre avis. Ni pour nous seuls, ni même pour toutes les professions libérales réunies, on ne peut espérer le *statu quo* actuel au milieu de la masse des autres citoyens placés sous

l'empire du système fiscal projeté : on ne créera pas, à notre usage, la *loi de patente à dégrèvements* dont rêve, en son esprit d'équité, M. le Dr Maurice Perrin (de Nancy).

Mais d'où vous vient, nous dira-t-on, cette facile résignation si contraire aux habitudes du *Concours Médical* ?

Tout simplement, répondons-nous après un long recueillement, parce que *la lutte sur la question de principe* nous paraît inutile, partant inopportune et dangereuse, en ce qu'elle indisposerait contre nous et compromettrait les chances de bon accueil à nos justes réclamations subsidiaires.

C'est à celles-ci, que le Corps médical nous paraît devoir réserver tout son effort.

Mais comment doivent-elles être présentées et formulées ? C'est ce qu'il importe de bien préciser, en laissant de côté les ingénieuses mais inapplicables propositions du genre de celle du Dr Saraval nous taxant par timbres variables de nos ordonnances.

Nous supposons admis le vote du principe de l'impôt sur le revenu : quelles conditions sont à observer pour y assujettir le médecin ?

1° *Le secret professionnel n'en doit recevoir aucune atteinte.*

Avec notre confrère, M. le Dr Dupont (de Villiers-St-Georges), et avec l'Assemblée du « Concours Médical », nous reconnaissons que le secret ne serait pas violé par la déclaration. C'est un point capital : il peut nous déplaire d'avoir à dire à un maire ou à un contrôleur quel a été le chiffre annuel de nos recettes, mais au moins, ce faisant, nous ne touchons pas au secret professionnel. C'est le régime commun que nous subissons sans avoir là de protestation spéciale à soumettre, ni de motifs avouables à invoquer en faveur d'un privilège de silence. Si donc, on s'en tenait là, notre résistance, basée sur la sauvegarde du secret, n'aurait pas de fondement et n'arrêterait le scrupule d'aucun législateur.

Mais, cette fois encore, le Gouvernement, *qui ne peut pas partir de ce principe que le médecin serait toujours seul consciencieux et sincère au milieu de tous autres citoyens suspects*, veut une déclaration *contrôlée* ou du moins *contrôlable* et le dit dans l'article 53 de son projet. Là serait la menace pour le secret médical ; là est, en tout cas, l'origine de notre levée de boucliers basée sur l'intérêt de nos malades. Sur ce terrain, nous croyions être solidement retranchés pour la défense de nos scrupules, mais on est armé, paraît-il, pour nous y faire lâcher pied. Voici ce qu'on nous oppose à ce sujet :

« 1° Si vous faites, dit-on, des déclarations « d'une exactitude probable, en conformité avec « ce qui apparaît de votre genre de vie, de vos « ressources, on ne fera pas jouer le fameux article : il dépendra donc surtout de votre sincérité d'échapper à toute inquisition qui menacerait vos clients, et vos scrupules au sujet du « secret nous sont un garant déjà précieux « de vos déclarations. Nous estimons que ce cas « sera la règle et vous devez être de notre avis.

« 2° Si, au contraire, à tort ou à raison, vous « êtes suspects d'inexactitude, nous ferons contrôler, c'est entendu. Mais par qui et comment ? Par un agent administratif, qui sera lui-même tenu de respecter et de conserver votre « secret professionnel comme y est tenu celui « à qui vous déclarez les maladies contagieuses, « et sur des documents de votre comptabilité « où vous êtes libre de n'écrire que ce qui n'est « pas secret, sur des chiffres portés devant des « dates, avec, si cela vous plaît, des signes conventionnels dont vous aurez seul la clef.

« 3° Certain arrêt de la Cour de Paris du 3 janvier 1900 nous met d'ailleurs à l'aise à cet « égard. Il estime que *les registres de comptabilité médicale peuvent être communiqués en prenant les précautions voulues pour que le secret professionnel soit le plus possible sauvegardé.* Nous « tiendrons la main à ce que nos contrôleurs observent ces précautions.

« Les médecins, d'ailleurs, savent depuis long-temps faire cette communication partielle « pour prouver leurs droits légitimes et recouvrer leurs honoraires, etc... Et, par exemple, la « note d'honoraires prévue par le tarif accidents « du travail n'est-elle pas la copie pure et simple « d'une page d'un livre de comptabilité médicale ? »

Nous sommes forcés d'avouer que le langage ci-dessus nous a singulièrement impressionnés ; il a diminué beaucoup notre foi dans la valeur de l'argument basé sur la violation du secret ; nous sommes très portés à redouter qu'il soit sans effet sur le législateur ; nous sommes même convaincus que l'appel à l'opinion publique, avec plaidoyer pour et contre, nous laisserait dans la posture de gens qui se couvririent hypocritement de l'intérêt général pour rechercher la solution favorable à leur intérêt particulier.

D'autre part, si le Corps médical était mieux informé, après lecture de ce que nous venons d'écrire et de ce qui nous sera fatalement dit au Parlement, à telle ou telle heure de la discussion, est-il probable qu'on puisse encore invoquer son hostilité unanime ?

Il nous fut dernièrement raconté que M. Caillaux avait brutalement nié l'obstacle du secret professionnel à la possibilité de la déclaration contrôlable et s'était fort étonné de nous voir soulever cette objection. Nous nous demandâmes alors comment il raisonnait sur ce point.

Tout nous porte à croire qu'il en jugeait comme les parlementaires, qui nous ont soumis les considérations plus haut rapportées. D'où cette conclusion que le Corps médical serait sage de se borner de ce côté à demander : « *que le contrôle de nos déclarations annuelles respecte scrupuleusement le secret professionnel* ». L'intérêt supérieur de la justice sait au besoin reconnaître la légitimité de cette limitation dans les recherches, l'intérêt du fisc n'a pas le droit de se montrer plus exigeant.

2° *Le médecin doit, comme tout autre citoyen, être imposé dans la mesure équitable* : telle est la deuxième condition que le projet adopté aura à remplir à notre égard.

A cet effet, comment devons-nous être taxés ?

La discussion utile ne nous paraît pouvoir s'engager sur ce point que devant le texte définitivement arrêté par la commission et le rapport de M. René Renoult.

Toutefois, il serait sage de ne pas attendre leur distribution et de demander audience à cette commission avant qu'elle ait publié son travail.

En ce cas que lui dirions-nous ?

Tout simplement ceci :

« Nous voudrions que votre loi ne crée pas une

« catégorie à part pour les professions libérales. « Si on désigne sous ce nom celles où l'*intelligence travaille plus què la main* (Larousse n'a « pas trouvé d'autre définition), nous n'avons « pas plus de titres à être classés là que des centaines d'autres corporations, que la plupart des « commerçants en particulier.

« Rangez donc nos *recettes* fixes ou variables « (baptisées indemnités, honoraires, ou de tout « autre nom), parmi les revenus du travail ou du « négoce. Mettez en regard la déduction de nos « *frais généraux* et taxez-nous sur nos *bénéfices*. « Il n'y a pas d'autre formule équitable, mais de« vant elle, nous n'avons pas à protester. Si vous « êtes embarrassés pour définir nos frais géné« raux professionnels, donnez un coup de sonde « dans une vingtaine de cabinets médicaux au « budget méthodiquement tenu, mais de revenus « très variés : nous vous indiquerons, si vous le « voulez, ces champs d'expérience. Vous jugerez « alors en parfaite connaissance de cause de ce « qui est, dans la profession médicale, matière « légitimement imposable.

« Pas de privilèges, mais tout le droit commun, « voilà ce que nous demandons. »

De tout ce qui précède, il résulte qu'ayant pris la plume avec l'inconscient désir d'appuyer les conclusions de nos amis du Syndicat de la Seine, tout en fixant définitivement nos propres idées, nous aboutissons à ne juger possible que ce qui fut voté par l'Assemblée du Concours et encore nous atténuons, en nous inclinant devant le droit de contrôle que rejetait le Dr Dupont.

Sommes nous ainsi dans la note juste au point de vue des actes de défense utile, préférables à des manifestations de mauvaise humeur ? Nous le pensons en toute sincérité.

N'est-il pas permis d'ailleurs de se demander si la soumission aux obligations équitables du régime nouveau ne rendrait pas au médecin, si insouciant de son budget, des services tangibles? Il en est tant parmi nous qui ne savent pas où ils en sont de leurs affaires et, par cette ignorance, vont à la ruine, que l'obligation de se rendre compte provoquerait peut-être plus d'une sauvegarde, pousserait à la prévoyance et à la bonne administration, retiendrait contre les folles dépenses faites pour le decorum, pour la galerie, etc.

C'est un champ de méditations que nous convions nos confrères à étudier avec sagacité en se défiant des phrases et des opinions toutes faites.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les pansements à l'éther contre les suppurations.

On connaît déjà un excellent moyen de traiter l'infection localisée en un point de l'organisme (plaie souillée, lymphangite) : ce sont les immersions fréquentes de cette région dans l'eau chaude à 40° ou 48°.

Or, M. Marcille rappelle dans la *Tribune médicale* un autre moyen plus actif encore de combattre les suppurations profondes localisées.

Frottez la peau de la région atteinte à l'aide d'une brosse à ongles préalablement bouillie ; ne cessez cette manœuvre que quand l'épiderme sera bien décapé (il est bon d'employer un brossage au savon pour obtenir ce résultat). Placez ensuite sur la région ainsi préparée plusieurs compresses de gaze imbibées d'éther. Recouvrez-les d'un morceau de taffetas pour ralentir l'évaporation, et fixez le tout par les moyens appropriés.

Recommandez au malade ou à son entourage de soulever l'angle du pansement toutes les heures et de verser par ce point relevé du pansement, une nouvelle quantité d'éther, suffisante pour imbiber les compresses. Continuez cette thérapeutique pendant plusieurs jours. Les résultats qu'elle fournit sont constants, la suppuration en voie d'évolution rétrograde, et la guérison arrive d'une façon presque certaine en moins d'une semaine.

M. Souligoux a mis ce procédé en œuvre pour la première fois dans le service de M. Tillaux. Il s'agissait d'un adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire. Cet adéno-phlegmon était volumineux, et la rougeur, l'œdème énorme du visage, prouvaient qu'il y avait du pus. On commençait même à percevoir la fluctuation. Cependant on appliqua le pansement à l'éther, et l'adéno-phlegmon guérit sans incision en quatre ou cinq jours.

A l'appui de la méthode, M. Marcille cite encore le fait suivant : un malade, cachectisé par un empoisonnement mercuriel grave, fait une parotidite aiguë. Quand on le montre au chirurgien, la face est complètement déformée, tant l'œdème est considérable. Cet œdème envahit la région temporale et descend jusqu'à la base du cou. On perçoit une fluctuation nette. Le pus paraît être à une faible distance sous la peau rouge et tendue. D'ailleurs le canal de Sténon livre passage à du pus. Le doute n'est donc pas possbile : il s'agit d'une parotidite suppurée et les médecins réclament une large incision. Comme réponse à ce désir médical, on ordonna de faire un pansement à l'éther. Quatre jours après, la parotidite ne laissait plus que quelques traces.

Comment agit l'éther ? — Il est moins facile de l'expliquer que de constater l'excellence des résultats. M. Souligoux admet que l'éther, grâce à sa grande diffusibilité, pénètre par les pores de la peau préalablement décapés et peut alors agir sur les microbes pathogènes comme microbicide et sur les phagocytes comme stimulant.

Le sérum de Doyen contre le cancer

Depuis six ans et demi environ, M. le Dr Doyen pratique chez les cancéreux des injections de sérum antinéoplasique dont l'efficacité thérapeutique, sans être toujours héroïque, paraît dans bien des cas incontestable. Les observations publiées par le Dr Doyen prouvent que la vaccination antinéoplasique, dont l'innocuité absolue est aujourd'hui bien démontrée, peut faire disparaître, non seulement les premiers symptômes du cancer de l'estomac, avant l'apparition de la

tumeur caractéristique, mais aussi, dans certains cas, les accidents de la sténose pylorique, dans le cancer confirmé avec tumeur volumineuse. Les mêmes résultats ont été constatés pour un certain nombre de cas de cancer de l'intestin grêle, du colon et du rectum.

Il est évident qu'il est préférable de traiter les malades de bonne heure et ce n'est pas huit jours avant la mort d'un tuberculeux que l'on peut essayer sur lui les effets d'un nouveau traitement. Il est donc à souhaiter que le diagnostic du début des cancers viscéraux soit fait de bonne heure, et que les malades puissent bénéficier de la vaccination antinéoplasique à une période où ils ont encore conservé la plus grande partie de leur résistance vitale. Le Dr Doyen emploie, comme au début, des vaccins d'une énergie variable et produits par l'atténuation des cultures du *micrococcus néoformans*, soit par le chlorhydrate de quinine, par l'acide cacodylique et l'acide méthylarsénique, soit depuis quelques mois par l'action de l'atoxyl.

Il a réduit la quantité de chaque injection à 2 centimètres cubes. Les injections sont actuellement peu douloureuses.

Après avoir comparé l'action des toxines pures et l'action du vaccin microbien, il est revenu à des injections alternatives de toxines et de vaccin microbien. Comme le vaccin microbien produisait une réaction locale assez vive, il a étudié les effets de son injection intra-veineuse, et depuis quelque temps, il pratique les injections de toxines dans le tissu cellulaire sous-cutané, tandis que les injections de vaccin microbien sont faites dans une des veines du pli du coude.

Ces injections sont très bien supportées et provoquent à peine, chez certains malades, comme on l'observe après les autres injections intra-veineuses, une bouffée de chaleur ou un peu d'urticaire ; ces symptômes ne durent que trois ou quatre minutes.

L'injection intra-veineuse du vaccin microbien paraît beaucoup plus efficace que l'injection sous-cutanée, le vaccin étant porté directement par le torrent circulatoire dans les organes lymphoïdes et particulièrement dans les organes riches en macrophages, auxquels est dévolu particulièrement le rôle de détruire les cellules pathologiques.

Ce sérum est parfaitement supporté par les diabétiques.

Nouveaux procédés de diagnostic de la tuberculose chez l'homme

Il n'est question, en ce moment, dans les milieux scientifiques, que de deux nouveaux procédés de diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme : la *cuti-réaction* et l'*ophtalmo-réaction*.

« Von Pirket a signalé tout récemment que lorsqu'on introduit une petite quantité de tuberculine dans une légère scarification faite sur la peau d'un sujet tuberculeux, déjà après quarante-huit heures, la petite plaie devient le siège d'une rougeur œdémateuse et l'on voit fréquemment apparaître sur celle-ci une sorte de papule qui ressemble à la fausse vaccine. Cette papule s'efface par dessiccation au bout de huit jours et la rougeur disparaît. Chez les sujets sains, cette réaction cutanée à la tuberculine semble exceptionnelle.

« Vallée (d'Alfort) a indiqué que ce procédé de diagnostic de la tuberculose, auquel il propose de donner le nom de *cuti-réaction*, fournit les mêmes résultats chez les bovidés, et qu'on peut y avoir recours alors même que ces animaux ont été éprouvés quelques jours auparavant par l'injection sous-cutanée de tuberculine.

« M. Calmette a eu, de son côté, l'idée de rechercher, comme vient de le faire Wolf à Berlin, sur les bovidés, si les muqueuses saines et, en particulier, la muqueuse oculaire qui absorbe avec tant de facilité certaines toxines microbiennes, végétales ou animales telles que la toxine diphtérique, l'abrine ou les venins, ne seraient pas susceptible de présenter une réaction analogue au contact de la *tuberculine*.

« Il a entrepris une première série d'expériences qui ont été faites sur 25 sujets (enfants et adultes dont 16 étaient tuberculeux et 9 atteints d'autres affections non tuberculeuses).

« Afin d'éviter les effets irritants de la glycérine sur la conjonctive, il a fait exclusivement usage d'une solution de tuberculine sèche, précipitée par l'alcool à 95°, dans l'eau distillée stérilisée. La solution était à 1 0/0 et fraîchement préparée. On en instillait une goutte dans un seul œil à chaque sujet.

« Déjà cinq heures après l'instillation, parfois même après trois heures, tous les tuberculeux présentent une congestion très apparente de la conjonctive palpébrale qui prend une teinte rouge vif et devient le siège d'un œdème plus ou moins intense. La caroncule se gonfle, rougit et se couvre d'un léger exsudat fibrineux.

« L'injection vasculaire s'accentue peu à peu et s'accompagne de larmoiement. Au bout de six heures, la sécrétion fibrineuse devient plus abondante : elle se rassemble en filaments dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

« Le maximum de la réaction a lieu entre 6 à 10 heures. Les sujets n'accusent aucune douleur : seulement un peu de gêne avec sensation de légère cuisson et quelques troubles de la vision en rapport avec l'abondance de l'exsudat. Il ne se produit pas de chemosis. La marche de la température n'est pas sensiblement modifiée.

« Il est facile d'apprécier l'intensité de la réaction en examinant comparativement à l'autre œil qui n'a pas reçu de tuberculine.

« Chez les enfants après 18 heures, et chez les adultes après 24 à 36 heures, les phénomènes de congestion s'atténuent, puis disparaissent.

« Chez les sujets sains ou porteurs d'affections non tuberculeuses, l'instillation de la tuberculine reste complètement inoffensive. Tout au plus observe-t-on, de 1 h. 30 à 3 heures après, une légère rougeur qui disparaît bientôt et ne s'accompagne ni de sécrétion fibrineuse, ni de larmoiement.

« Dans un seul cas où la nature tuberculeuse de l'affection n'était pas soupçonnée, la réaction a été positive.

« Ce phénomène, auquel M. Calmette propose de donner le nom d'*ophtalmo-réaction à la tuberculine*, paraît être d'une très grande sensibilité. Sa constatation est extrêmement facile ; il apparaît beaucoup plus promptement que la *cuti-réaction*, puisque celle-ci ne se manifeste qu'après 48 heures, et il ne provoque ni gêne durable, ni douleur. En outre, autant qu'on peut en juger par les

expériences, il ne semble présenter aucun des inconvénients ni des dangers de l'injection de tuberculine sous la peau. » (*La Quinzaine médicale*).

Il est important de ne pas faire subir l'épreuve de la tuberculine à des sujets fébricitants.

M. Claisse emploie l'injection sous-cutanée de 2/10 de milligramme de tuberculine tous les 3 jours .

Si le sujet est tuberculeux, il réagit (température, signes d'auscultation, malaise spécial) parfois dès la 1re injection, à la 2e, à la 3e, au plus tard à la 4e. Le sujet sain ne réagit que vers la 7e injection.

D'après Petit (d'Alfort), la réaction à la tuberculine renseigne surtout sur l'existence d'un foyer *virulent*. D'après Vallée, elle indique simplement l'existence d'un ou de plusieurs foyers tuberculeux et paraît d'autant plus marquée que le foyer est plus restreint. En un mot la tuberculine donne un résultat important que le clinicien doit savoir interpréter.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec : M. le professeur Landouzy.

Un stigmate de l'arthritisme : La campto-dactylie.

Il est, en clinique — et je ne cesse de le répéter — des petits faits dont l'importance est grande. Je voudrais précisément, aujourd'hui, retenir votre attention sur un de ces petits faits et vous parler d'un stigmate organique sur lequel j'ai insisté depuis longtemps et que j'ai dénommé, il y a déjà 24 ans, la *camptodactylie*. C'est une petite malformation des doigts, assez fréquente. Elle consiste en ceci : aux doigts de la main, la phalangette est fléchie sur la phalangine et la phalangine est fléchie sur la phalange. La phalange, non modifiée, demeure dans l'axe du métacarpien. Selon le degré de flexion, il s'ensuit une déformation, une incurvation plus ou moins accusée de l'auriculaire et de l'annulaire qui ne peuvent se mettre dans le plan de la main. L'inflexion permanente des derniers doigts résume toute la maladie. L'aponévrose palmaire est absolument nette ; le creux de la main reste indemne, sa peau est lisse, sans la moindre fissure. Cet état morbide n'a rien à voir, par conséquent, avec l'affection connue sous le nom de rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren. Elle est très éloignée, également, par son aspect et ses lésions, du rhumatisme chronique.

Les altérations de la camptodactylie portent sur l'auriculaire et l'annulaire. Le médius est peu touché. Jamais l'index ni le pouce ne sont intéressés.

L'incurvation digitale en question est permanente. Quelle que soit la volonté du malade, il ne parvient pas à la corriger. La main étant posée sur un plan, il est impossible de l'appliquer entièrement sur ce plan : au niveau des deux derniers doigts, il se forme un petit tunnel, où l'on peut passer quelquefois un crayon.

La camptodactylie est indolore et n'entraîne aucune rougeur. Elle se développe insidieusement et s'accompagne d'une gêne si insignifiante que beaucoup de gens en sont atteints sans s'en inquiéter, sans s'en douter même ; aussi passe-t-elle fréquemment inaperçue du médecin.

J'ai recherché ce signe depuis 24 ans car, à tort ou à raison, j'y attache de l'importance. Il constitue, pour moi, un stigmate organique dénonçant de bonne heure l'arthritisme. Les sujets qui en sont atteints font et feront des réactions dans un mode spécial qui est celui de l'arthritisme. Vous retrouverez dans leur histoire pathologique les congestions faciles, les épistaxis, l'érythème marginé, des règles abondantes et douloureuses s'il s'agit de femmes, etc. Vous pouvez presque tracer d'avance leur biographie.

Ainsi, je fais de la camptodactylie un *stigmate organique de l'arthritisme*, et, qui plus est, un stigmate précoce : les enquêtes auxquelles je me suis livré m'ont permis de le retrouver dès la deuxième enfance.

Cette petite lésion est plus commune chez la femme que chez l'homme. Il en est de la camptodactylie comme de la lithiase biliaire, du rétrécissement mitral pur, de l'obésité ; on les rencontre plus souvent dans le sexe féminin. D'autre part, les causes occasionnelles ne jouent aucun rôle dans sa production. C'est — et il est bon de le faire observer — l'inverse de ce qui se passe pour la rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) : celle-ci est exceptionnelle chez la femme et n'existe guère que chez l'homme ; en outre, elle se voit chez les individus qui font œuvre de leurs mains, les menuisiers, les professionnels de l'outil. J'insiste là-dessus pour bien opposer deux affections que l'on a voulu confondre.

Quand on examine par la dissection ou les rayons X les doigts atteints de camptodactylie, on ne trouve pas d'altération, ni des os, ni des têtes osseuses, ni des surfaces articulaires. On note seulement un léger épaississement du surtout ligamenteux. Cela est nettement distinct du processus anatomo-pathologique du rhumatisme chronique. Remarquez, en passant, que le rhumatisme déformant est, lui aussi, plus fréquent chez la femme que chez l'homme : encore une notion à ajouter à d'autres, quand on voudra faire une incursion dans le domaine de la pathologie féminine. Il y a une sorte de pathologie féminine, en dehors de la gynécologie.

Vous me voyez bien des fois, dans le service, regarder les mains des malades. Je cherche à en tirer un horoscope. J'y cherche, entre autres choses, la camptodactylie. C'est une lésion légère en apparence, mais intéressante. Elle rentre dans le groupe de ces petits signes d'où le clinicien peut déduire des conclusions importantes pour le pronostic et pour le traitement. Je rapprocherai la camptodactylie d'une autre lésion,

la leucoplasie buccale, dont j'ai fait, avec M. Gaucher, un stigmate de syphilis. Dans la leucoplasie je vois la syphilis ; dans la camptodactylie, je vois l'arthritisme. La leucoplasie buccale m'a permis, dans des cas embarrassants, d'affirmer la spécificité et de pouvoir instituer un traitement efficace. De ce petit indice je tire de grosses conséquences. Il en est de même de la camptodactylie. Aussi, je vous prie de ne pas considérer cette dernière d'un air indifférent. Recherchez-la. Elle vous permettra de dire au malade : vous avez eu et vous aurez tel et tel trouble, telle et telle réaction. Et s'il vous demande qui vous l'a dit, répondez : c'est le petit doigt !

Le médecin doit s'efforcer de faire des diagnostics précoces. Diagnostiquer, par exemple, la cirrhose du foie quand on trouve une ascite énorme, un ventre de batracien, des ectasies veineuses abdominales volumineuses, c'est médiocrement intéressant. Le diagnostic le plus important, et souvent le seul utile, est le diagnostic précoce. A ce point de vue, la camptodactylie doit attirer votre attention. Interrogez le petit doigt : il vous renseignera utilement.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Abcès chroniques sous-cutanés dus à un champignon filamenteux.

Plusieurs auteurs ont signalé déjà des cas d'abcès sous-cutanés dus à des parasites divers de l'ordre des champignons. M. de Beurmann, en particulier, a décrit il y a 4 ans un champignon filamenteux pathogène appartenant au groupe *sporotricha*, qu'il a trouvé à l'origine d'abcès chroniques sous-cutanés à foyers multiples.

MM. LESNÉ et MONIER-VINARD ajoutent, aux cas publiés, une nouvelle observation d'abcès sous-cutanés causés par un sporotrichum voisin, sinon identique, du sporotrichum Beurmanni.

L'intérêt pratique de ces *sporotrichoses* sous-cutanées tient, d'une part, à leur aspect clinique : il s'agit d'abcès à allure chronique laissant, après l'incision, des petits foyers fistuleux longs à se tarir par le seul traitement local ; ces abcès sont multiples, se développent simultanément ou successivement sur plusieurs points du corps, et peuvent être confondus avec des gommes tuberculeuses ou syphilitiques, des abcès chroniques à staphylocoques ou des furoncles évacués. Ils ont peu de signes cliniques distinctifs. Bactériologiquement, des cultures faites à la température ordinaire décèlent la présence de sporotrichums.

Le traitement de ces abcès doit être médical. L'incision et l'excision sont inutiles, et, si l'on s'en tient aux seules applications locales, la maladie se prolonge très longtemps. En revanche, les malades guérissent rapidement et complètement par l'iodure de potassium (3 à 5 gr.), que l'on ne doit pas cesser trop tôt.

Epithélioma primitif et perforant de la voûte palatine.

L'apparition d'une lésion perforante du palais ou du voile palatin éveille toujours, et immédiatement, l'idée d'un syphilome tertiaire, d'une gomme ulcérée. Cependant, pour si important que soit ce caractère de spécificité, la perforation, il ne suffit pas à écarter d'autres diagnostics. On connaît des exemples de perforation du voile dans la tuberculose. M. CHAUFFARD vient de montrer que l'épithélioma pouvait également créer une perforation de la voûte palatine : il en signale un cas, confirmé par l'examen biopsique. Un caractère de la perforation cancéreuse, c'est de pouvoir, non se guérir, mais s'oblitérer spontanément d'une manière plus ou moins complète par le développement de bourgeons charnus, auto-occlusion qui supprime les troubles fonctionnels.

Parlant du traitement de cet épithélioma, M. Danlos remarque que la surface malade est trop étendue pour employer la radiumthérapie. Les plaques de radium étant très petites, il faudrait multiplier à l'infini les applications, ce qui exposerait aux radiodermites. M. Danlos proposerait, à titre palliatif et au moins comme traitement suggestif — la chirurgie étant ici hors de cause — des séances faibles et espacées de radiothérapie.

Traumatisme et paralysie générale.

M. A. MARIE (de Villejuif) rapporte l'observation d'un malade, mort de paralysie générale, dans les antécédents duquel on trouve un traumatisme céphalique : une chute de 5 mètres sur la tête, en 1900. Les troubles mentaux ont commencé deux ans plus tard, en 1902.

Ce cas soulève un double problème, pathogénique et médico-légal. Pour M. Marie, l'attrition de la substance cérébrale résultant de la chute (attrition qui a laissé des traces indélébiles, constatées à l'autopsie), a certainement dû influer sur l'état de résistance des centres nerveux et favoriser la méningo-encéphalite secondaire. D'autre part, chez ce malade, le traumatisme ayant été un accident du travail, il se pose une question de responsabilité éloignée pour les compagnies d'assurance. La loi actuelle (qui éteint l'action après trois ans révolus) et l'état de nos connaissances ne permettent guère de résoudre ce problème ; il n'en serait pas moins intéressant cependant de chercher à établir si, en pareille circonstance il y a dommage, et comment il peut être réparé.

Les hémorrhagies dans les néphrites.

MM. Emile WEIL et Octave CLAUDE exposent les résultats de leurs recherches sur le mécanisme des hémorragies observées au cours des néphrites aiguës et chroniques. Des faits qu'ils ont étudiés, ils concluent que les lésions du sang et les troubles de coagulation jouent un rôle dans la genèse de ces hémorragies. De ces notions pathogéniques ils déduisent des conséquences thérapeutiques. Puisqu'il en est ainsi, disent-ils, le traitement que nous avons préconisé pour l'arrêt des hémorrhagies dyscrasiques, à savoir les *injections sous-cutanées et intra-veineuses de sérum frais*, mérite d'être appliqué aux hémorrhagies des néphrites et l'on peut en attendre des résultats favorables.

La nutrition des diabétiques : classification des diabètes sucrés.

L'étude de la nutrition chez les diabétiques, basée sur la comparaison de l'ingestion alimentaire et des excrétions urinaire et fécale, a conduit MM. Marcel et Henri LABBÉ à distinguer trois catégories de diabètes sucrés :

1° Les diabètes sans dénutrition, dans lesquels la glycosurie est d'origine alimentaire hydrocarbonée ;

2° Des diabètes avec dénutrition, dans lesquels la glycosurie est d'origine alimentaire et organique, dérive des hydrates de carbone, des albumines et des graisses ;

3° Des cas intermédiaires, plus rares, où la dénutrition est modérée et peut être compensée par l'alimentation.

« Les diabètes sans dénutrition surviennent ordinairement chez des individus obèses, suralimentés ; ce sont les diabètes gras ou arthritiques des auteurs classiques. Leur glycosurie est proportionnelle à l'ingestion des hydrates de carbone. Le fait caractéristique est que la glycosurie est toujours inférieure à l'ingestion hydrocarbonée et que le sujet est capable de brûler une certaine quantité d'hydrates de carbone (quantité qui représente sa *tolérance*). Il n'a de glycosurie que s'il ingère une quantité d'hydrates de carbone supérieure à cette tolérance.

« Les diabètes avec dénutrition correspondent aux diabètes maigres des anciens auteurs, aux diabètes pancréatiques des classiques. La glycosurie est abondante et toujours supérieure à l'ingestion des hydrates de carbone ; elle dérive des aliments et de la destruction des tissus. Ces diabétiques font du sucre non seulement aux dépens des hydrates de carbone, mais aussi aux dépens des albumines et des graisses. De plus, tandis que chez les précédents la quantité d'azote éliminée est équivalente à celle ingérée, ici elle est supérieure, il y a dénutrition.

Le traitement, ajoutent les auteurs, est différent dans les deux cas. Chez les diabétiques sans dénutrition, il convient de s'opposer à l'accumulation du sucre dans l'organisme et le principe est de réduire les hydrates de carbone du régime. Chez les diabétiques avec dénutrition — pour qui le danger réside dans l'acidémie et sa conséquence possible : le coma diabétique — il faut fournir, au contraire, une alimentation abondante dans laquelle les hydrates de carbone tiennent une bonne place, car ils s'opposent à la désassimilation azotée et à l'acidémie qui en résulte, acidémie dont les inconvénients priment ceux de l'hyperglycémie. H. P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'affaire Cormon et l'Expertise médicale.

Sans vouloir préjuger la solution de cette affaire de responsabilité médicale pour laquelle la 9e Chambre du tribunal correctionnel de la Seine offre au Corps Médical toutes les garanties de science juridique et d'impartialité, nous ne croyons pas nécessaire d'attendre le prononcé du jugement pour examiner une question que soulèvent certaines déclarations faites au cours de l'interrogatoire, à l'audience du 13 juillet, par l'expert dont le rapport a servi de base à l'ordonnance de renvoi du prévenu en police correctionnelle.

Il nous a semblé que M. le docteur Balthazard se fait une idée aussi singulière qu'inexacte du rôle d'un expert commis par la justice, dans une affaire de responsabilité médicale, et, quel que soit le sort de la poursuite, il ne nous paraît pas possible de laisser passer inaperçues certaines de ses déclarations.

D'après la prévention, l'expert aurait, dans son rapport, relevé contre le médecin une faute qui aurait consisté en un manque de prévoyance, parce qu'il n'aurait pas attaché une importance suffisante aux symptômes qui annonçaient l'imminence de la formation d'une escarre, par suite de l'application prolongée de la glace. Les dépositions des Drs Jalaguier et Brizard ont d'ailleurs détruit ce système de la prévention, puisque ces médecins ont déclaré que le Dr Cormon avait soigné l'escarre. Donc, il l'avait vue.

Cependant, à l'audience, l'expert dépose et dit: « Si une faute médicale a été commise, et non « UNE FAUTE LOURDE, *comme me l'a fait dire la « prévention*, elle résiderait dans le fait de n'a«voir pas prévu la formation de l'escarre....Le « docteur Cormon a fait preuve d'imprévoyance. « Il me semble qu'un certain nombre de symp« tômes auraient dû éveiller son attention. Il eût « dû alors mettre de la flanelle entre l'abdomen « et la glace. *Cette erreur de diagnostic constitue-t« elle une faute lourde ? Je n'ai pas eu à trancher « cette question. Ce n'est pas à moi à me substi« tuer au juge pour innocenter ou accuser le Dr « Cormon* ».

Le tribunal aura à apprécier, en présence des déclarations des maîtres qui ont déposé comme témoins, la valeur des indications, en matière clinique, contenues dans le rapport. Nous nous garderons bien d'entrer dans l'examen de questions de cet ordre.

Mais il n'est pas possible de ne pas être grandement surpris par la manière dont M. l'expert envisage son rôle dans une affaire de cette nature.

Ignorerait-il par hasard, cette règle qui se dégage d'une jurisprudence unanime, et sans la connaissance de laquelle il ne paraît pas possible de remplir sainement la mission d'expert dans une affaire de responsabilité médicale :

« Si les médecins sont responsables des fautes « lourdes par eux commises dans l'exercice de « leur art, il y a lieu, pour les tribunaux, de se re« fuser à la discussion des théories médicales et « de s'en remettre, pour l'appréciation des faits « considérés comme faute lourde, à l'avis d'ex« perts, versés dans la science médicale, et chargés « de rechercher si le médecin s'est écarté des rè« gles de bon sens et de prudence auxquelles est « soumise la profession médicale ». C'est à un arrêt de la Cour de Douai du 15 avril 1897, entre cent autres, que nous empruntons cette formule ; sans doute, il a été rendu en une action de responsabilité portée devant les tribunaux civils. Mais ne tombe-t-il pas sous le sens que cette règle si sage doit *a fortiori* recevoir son application dans une poursuite correctionnelle où la responsabilité du médecin doit être la conséquence d'une faute si lourde qu elle mériterait d être qualifiée de « blessures par imprudence ».

Le médecin ne pouvant être poursuivi qu'en cas de faute lourde, ne faut-il pas être médecin pour déterminer le caractère et l'importance de la faute reprochée à un homme de l'art ?

Comment peut-on apprécier l'importance de cette faute, si l'on n'est pas soi-même « *du métier* », c'est-à-dire capable de dire si, au point de vue clinique ou thérapeutique, les règles du bon sens et de la prudence ont été oubliées ?

Puisque les tribunaux eux-mêmes ont proclamé leur incompétence en ces matières, est-ce à un médecin, fût-il agrégé et expert, à leur renvoyer la balle et à leur dire:« C'est à vous et non à moi à apprécier s'il y a faute lourde ou seulement faute légère ».

Les tribunaux pourront et devront lui répondre : « Comment ferions-nous cette appréciation, « puisque nous sommes incompétents en matière clinique et thérapeutique?C'est à vous, « Monsieur l'expert, à nous dire si, au point de « vue des règles de l'art de guérir, votre confrère « a fait une faute lourde ou non, ou alors vous « n'êtes, dans l'organisme judiciaire, qu'un rouage inutile ».

C'est peut-être ce que répondra effectivement au Dr Balthazard, la 9e chambre du tribunal de la Seine. En tous cas, il importe pour le Corps Médical de ne pas laisser méconnaître les garanties précieuses, que lui offre la sagesse de la jurisprudence qui, d'une façon toute exceptionnelle, en matière médicale, se refuse à se faire juge de questions pour lesquelles elle proclame elle-même son absolue et totale incompétence.

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour.
Conseil du Sou Médical.

CHRONIQUE DE MÉDECINE SOCIALE

La médecine légale des accidents du travail (*Suite.* Voir le no 28 du *Concours Médical*).

Par le Dr CH. DIVERNERESSE (de Saint-Mandé).

TABLEAU DE QUELQUES JUGEMENTS RELATIFS AUX RÉDUCTIONS D'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE,

pouvant servir par comparaison pour l'appréciation de l'incapacité d'un cas particulier soumis à l'appréciation d'un médecin ou d'un expert.

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
Fracture d'une côte et du bras gauche (raideur et diminution de l'étendue des mouvements du bras (ouvrier) .... (réduite à 150 fr. faute inexcusable de l'ouvrier ivre)	Cour de Paris. 24 nov. 1900.	1.850 »	25 %	12.50 % = 231 »
Mutilation partielle de la main et de l'avant-bras gauche par suite d'une plaie contuse à l'avant-bras gauche, face dorsale, avec arrachement et fracture compliquée du radius (ouvrier)............	Besançon, 21 déc. 1899.	918 »	50 %	25 % = 228.50
Résection de l'extrémité inférieure du cubitus et des parties molles de l'avant-bras gauche (engeineur occupé à des transports)..............	Valence, 27 avril 1900.	1.000 »	50 %	25 % = 250 »
Perte de l'usage de l'avant-bras gauche (apprêteur).	Lille, 2 nov. 1900.	1.050 »	60 %	30 % = 315 »
Impotence absolue du bras gauche (ouvrier rubanier)	St-Etienne, 27 nov. 1900.	1.281 »	66.66 %	33.33 % = 420 »
Perte de l'usage du bras gauche. suite d'une fracture double de l'humérus gauche. d'une fracture double de l'avant-bras et des métacarpiens gauches......	Péronne, 16 janvier 1900.	906 »	71.74 %	35.87 % = 325 »
Amputation de l'avant-bras gauche (ouvrier agricole chauffeur)	C. de Douai. 30 mai 1900.	1.050 »	50 %	25 % = 262.50
Amputation de l'avant-bras gauche (papetier)......	Lille, 8 mars 1900.	675 »	80 %	40 % = 270 »
Amputation de l'avant-bras gauche (ajusteur)......	Versailles, 22 février 1901.	1.650 »	60 %	30 % = 490 »

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

—

re, ce serait une présomption que votre pharmacien n'est pas en règle, mais non une certitude qu'il n'a pas son diplome.

En cas d'exercice illégal (à défaut de diplôme de docteur) le syndicat a le droit de saisir le tribunal correctionnel par voie de citation directe. Il peut encore déposer une plainte au Procureur de la République. Mais nous vous engageons à n'user de l'un ou de l'autre de ces droits que si vous êtes bien certain que le diplôme de docteur fait défaut à votre pharmacien.

S'il est docteur en médecine en même temps que pharmacien, il peut exercer en même temps les deux professions.

Dr B. . à R.., à *Concours*. — Un accidenté du travail, atteint, le 6 mars dernier, de fracture de la jambe au 1/3 inférieur, a fait de l'ostéite hypertrophique du fragment supérieur et de l'atrophie du segment inférieur de la jambe, d'où saillie du tibia sous la peau et perforation de celle-ci, laquelle avait d'ailleurs été déjà perforée au moment de l'accident.

Après avoir fait visiter mon blessé par plusieurs confrères et chirurgiens, il a été reconnu qu'une intervention s'imposait pour *améliorer* la consolidation de la blessure (résection et suture osseuse).

Je crus devoir prévenir la compagnie d'assurances « l'Abeille » l'informant de la nécessité d'une intervention d'amélioration, qui diminuerait certainement le chiffre de la réduction professionnelle, lui proposant d'envoyer le blessé à un chirurgien de Reims qui, consulté par moi, demandait 600 fr. tout compris pour l'intervention et le séjour.

La compagnie me répondit qu'elle se refusait formellement à faire opérer mon blessé à la clinique X. et, que si une opération était nécessaire, elle désirait que celle-ci ait lieu à l'hôpital de S.....

J'appelle en consultation le chirurgien en chef de l'hospice de S..... qui conclut aussi à une opération d'*amélioration*, mais qui, d'accord avec moi, se refuse à y procéder *gratuitement*.

En effet, nous ne trouvons plus, en ce moment, en présence d'un blessé, apporté, *flagrante delicto*, à l'hôpital, où on lui donne d'urgence les soins nécessités par son état, et pour lequel la compagnie n'est tenue de payer que les journées d'hospitalisation, sans

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
Amputation du bras gauche (papetier)............	La Roche-s/Yon 31 juillet 1900.	909 30	50 %	25 % = 227.33
Amputation du bras gauche (ouvrier d'usine).......	Seine, 28 sept. 1900.	1.770 »	50 %	25 % = 442.50
Amputation du bras gauche et ablation partielle de l'omoplate correspondante (ouvrier agricole de batteuse)...	Lavaur, 14 février 1900.	365 »	75 %	37.50 % = 136.87
BRAS ET AVANT-BRAS DROIT				
Blessure de l'avant-bras droit (manœuvre de scierie).	Mirande, 19 juillet 1900.	675 »	49.92 %	24.96 % = 168.50
Affaiblissement du bras droit (ouvrier)............ (faute inexcusable)	St-Etienne, 23 juillet 1900.	987.85	10 %	5 % = 49.40
Fracture de la clavicule droite. Saillie d'une partie osseuse (manœuvre)........................	Montpellier. 27 mars 1901.	900 »	25 %	12 % = 112.50
Gêne du mouvement de l'épaule. Affaiblissement du bras droit................................	Louviers, 15 juin 1900.	1.874 65	64.42 %	32.21 % = 603.88
Fracture du bras droit. Cal volumineux. Gêne dans la flexion de l'avant-bras. Impossibilité d'exécuter le mouvement de rotation de l'avant-bras et œdème de la main droite (ouvrier)..................	Epinal, 31 mai 1900.	1.431 »	47.52 %	23.76 % = 340 »
Fracture de l'humérus droit (ouvrier de voie ferrée)..	Le Havre, 11 janvier 1901.	1.980 »	25 %	12.50 % = 247.50
Fracture de l'humérus droit. Gêne fonctionnelle du bras (cocher).............................	Coulommiers, 28 déc. 1900.	1.620 »	20 %	10 % = 162 »
Déformation du membre supérieur droit par déviation de l'axe de l'avant-bras. Limitation de l'extension du coude. Mouvement de pronation et de supination défectueux (ouvrier)..................	St-Quentin, 6 juillet 1900.	1.149 »	30 %	15 % = 172.35
Perte partielle de l'usage du bras droit. Mouvement d'élévation impossible (ouvrier)...............	Montdidier, 23 mai 1901.	960 75	72.84 %	36.42 % = 350 »
Fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit. Consolidation vicieuse (maçon)...........	Chambéry, 29 nov. 1900.	1.200 »	10 %	5 % = 60 »
Fracture du cubitus avec impossibilité de fléchir complètement les doigts de la main droite (charretier)......................................	Clermont, 8 août 1900.	900 »	67.32 %	33.66 % = 303 »
Fracture de la clavicule et violent traumatisme de l'articulation scapulo-humérale ; ankylose partielle de cette articulation (chalandier)...............	Le Havre, 10 janvier 1901.	1.596 95	33.33 %	16.66 % = 266.15
Perte des 2/3 de l'avant-bras droit (ouvrier)........	C. de Grenoble, 5 nov. 1900.	»	75 %	37.50 % = »
Perte de l'usage de la main et de l'avant-bras droit...	C. de Paris, 2 mars 1901.	1.100 »	60 %	30 % = 330 »
Amputation de l'avant-bras droit (ouvrier de sucrerie)	C. de Douai, 22 février 1900.	1.300 »	61.44 %	30.72 % = 400 »
Amputation de l'avant-bras droit (manœuvre).....	C. de Lille, 8 nov. 1900.	1.569 »	70 %	35 % = 600 »
Amputation de l'avant-bras droit (ouvrier).........	C. de Paris, 23 juin 1900.	1.300 »	76.92 %	38.46 % = 500 »
Perte du bras droit (apprenti)....................	C. de Douai, 20 mai 1901.	831.90	72.12 %	36.06 % = 300 »
Perte du bras droit (ouvrier).....................	C. de Douai, 14 nov. 1900.	900 »	70 %	35 % = 315 »
Perte complète du bras droit (ouvrier)............	C. de Poitiers, 28 déc. 1899.	900 »	90 %	45 % = 405 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
Amputation du bras droit (mineur)...............	Béthune, 8 mars 1900.	1.705 85	33 %	16.50 % = 284,30
Perte du bras droit (engreneur, machine agricole)....	Bordeaux, 5 déc. 1900,	750 »	90 %	45 % = 337,50
Amputation totale du bras droit (engreneur de batterie agricole)................................	La Châtre, 1er février 1900.	721 35	75 %	37.50 % = 270
Perte du bras droit. Arrachement jusqu'au-dessus du tiers supérieur	Lille, 18 février 1900.	900 »	50 %	25 % = 150 »
Arrachement du bras droit (mécanicien des bateaux parisiens).................................	Seine, 24 mars 1900.	4.400 »	79.20 %	39.60 % =1.150 »
Amputation complète du bras droit au ras de l'épaule (charretier).................................	C. d'Orléans, 26 juillet 1900.	1.080 »	75 %	37.50 % = 405 »
Plaies au bras avec cicatrisation (papetier).........	C. de Limoges. 16 juillet 1900.	659 31	75.82 %	37.91 % = 250 »
Atrophie et raccourcissement de 2 cm. de longueur et de 2 cm. de circonférence de l'humérus (apprenti menuisier)	Lorient, 3 juillet 1900.	729 »	50 %	25 % = 182,25
Déviation marquée de la main en dehors avec saillie du cubitus. Ankylose de l'épaule (ouvr. Cie d'Orléans)	Bordeaux, 23 juillet 1900.	1.370 58	68 %	34 % = 465 »
Amputation du bras droit et fracture de jambe consolidée (charretier)	Mayenne, 23 mars 1900.	900 »	80 %	40 % = 360 »
Si, lorsqu'il s'agit d'un simple manœuvre, la perte totale du bras droit peut être considérée comme entraînant une incapacité de travail susceptible de causer une réduction de 75 % du salaire, cette appréciation n'est plus suffisante lorsqu'il s'agit d'un ouvrier exerçant une profession plus difficile et par suite plus lucrative. En conséquence il y a lieu de décider que l'ouvrier ajusteur victime d'un accident du travail lui ayant occasionné la perte totale du bras droit, voit par la suite de cet accident son salaire réduit dans la proportion de 85 %.	Rennes, 20 février 1906.			
Paralysie incomplète du bras droit. Atrophie très marquée du deltoïde et des muscles de l'épaule. Anesthésie par régions du bras. Privation d'une grande partie de l'usage du bras pour le travail, Evaluation de l'expert : au moins 15 %. (Expertise Vibert, 30 septembre 1905, enregistrée le 2 octobre 1905, n° 1430.) Le tribunal juge insuffisant le quantum d'incapacité fixé par l'expert et accorde 25 %. Le blessé fait appel trouvant cette appréciation inférieure et, le 5 janvier 1907, la Cour de Paris porte l'incapacité à 35 %.				
POIGNET				
Avant-bras droit entaillé au-dessus du poignet. Privation partielle de l'usage de la main (tourneur).....	Lille, 21 juin 1900.	1.193 »	4.18 %	2.09 % = 25 »
Brisure du poignet droit (maçon).................	C. d'Orléans, 20 juillet 1900.	918 »	66.66 %	33.33 % = 306 »
Arthrite avec déviation du poignet (verrier)........	Montluçon, 13 juillet 1900.	1.564 80	75 %	37.50 % = 586,80
Amputation du poignet droit (conducteur Cie P.-L.-M.).	C. de Dijon, 2 avril 1900.	1.500 »	75 %	37.50 % = 562,50

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
Perte de l'usage du poignet gauche et réduction de fonction du poignet droit (ouvrier).............	Lille, 26 avril 1900.	1.470 »	68.02 %	34.01 % = 500 »
MAIN GAUCHE				
Accident à la main (chauffeur papetier)............	Nantes, 7 août 1900.	1.650 »	29.08 %	14.54 % = 240 »
Faiblesse de la main résultant de la raideur du pouce et de l'index (tourneur sur métaux)............	Nancy, 30 mai 1900.	1.650 »	33.33 %	16.66 % = 275 »
Perte d'une main (ouvrier compresseur de galettes d'argile)	Marseille, 6 nov. 1900.	900 »	40 %	20 % = 180 »
Impotence fonctionnelle par perte du médius et diminution des mouvements de flexion de l'annulaire et de l'auriculaire (scieur)........................	Reims, 4 janvier 1901	1.165 »	30 %	15 % = 174.75
Diminution fonctionnelle de la main gauche par suite de difficulté et réduction du mouvement de flexion et d'extension des doigts, avec commencement d'atrophie musculaire à la main et à l'avant-bras correspondant ; différence de 1 cm. avec le côté sain. Névrite traumatique. Fourmillement douloureux.	Douai, 14 nov. 1900,	1.200 »	33.32 %	16.66 % = 200 »
Ankylose presque totale de l'annulaire et de l'auriculaire. Ankylose partielle de l'index et du médius. Gêne légère des mouvements du poignet (terrassier)	Lille, 8 déc. 1900.	1.050 »	40 %	20 % = 210 »
Ecrasement de la partie supérieure de la main gauche avec perte complète de 3 phalangettes du médius. de l'annulaire et de l'index (papetier-dentellier)...	Seine, 10 nov. 1900.	1.550 »	20 %	10 % = 155 »
Abolition presque complète des fonctions de la main gauche avec déformation de cette main (ouvrier d'atelier)................................	St-Etienne, 2 août 1900,	600 »	50 %	25 % = 172.50
Affaiblissement général de la main gauche suite de section de la dernière phalange de l'auriculaire et du médius (manouvrier).........................	Lille, 15 février 1900.	975 »	23 %	11.50 % = 112.50
Perte partielle de la main gauche. Amputation de la dernière phalange du pouce et des deux dernières phalanges. de l'index. Ankylose des deux dernières articulations du médius gauche flexion impossible. Gêne sensible de la flexion (scieur).............	Nancy, 6 mai 1901.	1.350	40 %	20 % = 270 »
Ecrasement de la main gauche et ankylose articulaire des phalanges de tous les doigts sauf du pouce frappé lui-même d'impotence fonctionnelle par contraction musculaire permanente en 1/2 flexion (terrassier)	Grenoble, 26 mars 1901.	1.219 »	50 %	25 % = 305 »
Mutilation de la main gauche suivie de : amputation totale de l'auriculaire, section du médius et de l'annulaire au niveau de la 1re phalange, ankylose de l'index. Privation complète de la main gauche (ouvrier maroquinier)	Seine, 7 mars 1900	1.200 »	34 %	27 % = 325 »
Perte de la plus grande partie des fonctions de la main gauche suivie d'ankylose complète de l'annulaire dont les mouvements sont abolis et qui gêne les mouvements de la main, ankylose à peu près complète de la dernière phalange du médius gauche ne permettant qu'un usage imparfait de ce doigt. An-				

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
kylose complète de la dernière phalange du pouce gauche rendant très difficile et imparfait le mouvement d'opposition (chauffeur de batteuse agricole)	Bellac, 31 mai 1900.	1.264 »	50 %	252 % = 316 »
Incapacité totale de la main gauche (ouvrière)	St-Etienne, 18 juillet 1900.	600 »	60 %	30 % = 180 »
Amputation de la main gauche (manœuvre à la machine dégauchisseuse)	C. de Besançon, 28 février 1900.	1.056 »	60 %	30 % = 316,80
Impotence fonctionnelle de la main gauche suite de plaie intéressant les 3 derniers doigts gauches avec raccourcissement de l'annulaire par perte partielle de la 3e phalange (scieur)........................	Lyon, 7 août 1900.	6.50 p. j.	6 %	3 % = 58,50
Impotence fonctionnelle de la main gauche suite d'atrophie musculaire (maréchal ferrant)........	Seine, 26 janvier 1901.	2.100 »	40 %	20 % = 420 »
MAIN DROITE				
Mutilation de la main droite (ouvrier scieur)........	Dax, 9 nov. 1900.	900 »	33.32 %	16.66 % = 150 »
Main droite mutilée par écrasement de l'extrémité de tous les doigts (tanneur)........................	Valence, 26 nov. 1900.	831.51	40 %	20 % = 166,35
Impotence fonctionnelle de la main droite (ouvrier d'atelier)	Valenciennes, 2 nov. 1900.	300 »	67.32 %	33.66 % = 101 »
Perte presque totale de la main droite (Distributeur de matières dans filature)	Lille, 3 mai 1900.	1.800 »	50 %	25 % = 450 »
Perte de l'usage de la main droite par arthrite et ankylose des jointures (maçon)..................	Havre, 10 janvier 1901.	1.773	40 %	20 % = 354,60
Amputation de l'index et du médius droit, perte du pouce. Ankyloses des jointures (ouvrier occupé à décharger)	Montpellier, 11 mai 1900.	2.000 »	50 %	25 % = 500 »
Perte de l'usage de la main droite, suite d'amput. des trois premiers doigts. Amaigrissement des deux doigts restants et ankylose des articul. (ouvrier)...	Castres, 23 mai 1900.	975 »	61.74 %	30.87 % = 300 »
Fracture des deux métacarpiens du médius et de l'index. Fracture comminutive. Destruction des articulations métacarpophalangiennes. Ankylose à peu près complète de l'index et du médius entraînant la perte de l'usage de la main droite (charretier)..........	Narbonne, 21 février 1900.	1.320 »	60 %	30 % = 400 »
Perte de l'usage de la main droite suite d'amputation de tous les doigts, sauf l'auriculaire (manœuvre de scierie)	Bagnères-de-Bigorre, 8 mars 1901	600 »	60 %	30 % = 180 »
Perte complète de l'usage de la main droite (charretier)	Avignon, 6 avril 1900.	1.200 »	50 %	25 % = 300 »
Perte complète de l'usage de la main droite (scieur).	Seine, 12 mars 1900.	2.400 »	74 %	37 % = 900 »
Amputation de la main droite (ouvrier occupé à métier dit ouvreuse)................................	C. de Rouen, 11 mai 1900.	975 »	76.92 %	38.46 % = 375 »
Amputation de la main droite (ouvrier)...........	C. d'Aix, 25 mai 1900.	975 »	76.92 %	38.46 % = 375 »
Perte de la main droite (ouvrier agricole batteuse)...	C. de Poitiers, 6 mars 1900.	912.50	75 %	37.50 % = 338,43
Perte de la main droite (homme d'équipe P.-L.-M.)..	Fontainebleau, 24 janvier 1901.	1.149.30	60.90 %	30.45 % = 350 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DECISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
Perte de la main droite (roulier).................	C. de Toulouse, 13 mai 1901.	1.000 »	60 %	30 % = 300 »
Amputation de la main droite (papetier)...........	Corbeil, 3 août 1900.	1.050 »	80 %	40 % = 420 »
Amputation de la main droite (cardeur)............	Beauvais, 11 janvier 1900.	1.171.55	70 %	35 % = 410.40
DOIGTS DE LA MAIN GAUCHE				
Ecrasement d'un doigt gauche entraînant l'ablation de 2 phalanges (terrassier).....................	Narbonne, 7 juin 1900.	1.050 »	12 %	6 % = 63 »
Petit doigt gauche écrasé. Perte de substance. Ankylose des phalanges. Diminution de fonction. Atrophie et incurvation (ouvrier)..................	Dijon, 3 juillet 1900.	1.413 33	6 %	3 % = 42.39
Désarticulation du petit doigt gauche (ouvrier électricien)..	Seine, 6 octobre 1900.	2.310	25.96 %	12.98 % = 300 »
Perte de l'auriculaire gauche (mineur)............	Brioude, 7 juin 1900.	1.500 »	14.26 %	7.13 % = 107 »
Perte de l'auriculaire gauche (menuisier)...........	Moulins, 31 mai 1900.	1.282 30	12.50 %	6.25 % = 80 »
Difficulté de flexion de la 3e phalange de l'annulaire gauche suite d'écrasement et raideur (manœuvre).	Gex, 13 mars 1901.	1.200 »	3.33 %	1.66 % = 20 »
Annulaire gauche. Raideur dans l'articulation de la dernière phalange (ouvrier)......................	Marseille, 28 décemb. 1900.	»	0 %	0 %
Annulaire gauche écrasé. Déformation et perte de la flexion (maçon)...........................	Seine, 26 mai 1900.	1.600 »	10 %	5 % = 80 »
Amputation de l'annulaire gauche (ferblantier).....	Nantes, 31 juillet 1900.	1.500 »	10 %	5 % = 75 »
Médius gauche. Ecrasement de la 1re phalange (journalier)..	Lille, 23 février 1901.	750 »	5.32 %	2.60 % = 20 »
Médius gauche. Raideur (ouvrier d'entrepreneur)....	Saint-Brieuc, 29 mars 1900.	450 »	15 %	7.50 % = 33.75
Médius gauche. Amputation (ouvrier).............	Angers, 6 août 1900.	1.221.41	8 %	4 % = 48.45
Médius gauche. Ablation au niveau de la 2e phalange (scieur)..	Nancy, 14 février 1900.	1.233 »	19.46 %	9.73 % = 120 »
Index gauche. Accident (ouvrière du fondoir) (ouvrière conservant salaire égal).....................	Marseille, 14 décemb. 1900.	»	0 %	0 %
Index gauche. Gêne articulaire (portefaix).........	C. d'Aix, 18 mai 1900.	»	0 %	0 %
Index gauche, Rétraction musculaire (ouvrière industrielle).....................................	C. de Besançon, 4 juillet 1900.	572.10	7 %	3.50 % = 20.02
Index gauche, Ankylose (ouvrier) (pas d'incapacité, même salaire)............................	Nancy, 11 janvier 1901.	»	0 %	0 %
Index gauche. Raideur. Ankylose de l'articulation phalango-phalangienne (menuisier).............	Lille, 17 décemb. 1900.	1.308.40	2.50 %	1.25 % = 16 »
Index gauche, Arrachement de l'extrémité unguéale (ajusteur)....................................	Toulon, 23 janvier 1900.	»	0 %	0 %
Index gauche. Perte partielle de la 3e phalange. Ankylose presque complète des articulations phalangiennes (ouvrier d'huilerie)..................	Marseille, 30 mai 1900.	900 »	8.88 %	4.44 % = 40 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
Index gauche. Perte de la 3e phalange (mineur).....	Valenciennes, 3 mai 1900.	1.286.30	11.66 %	5.83 % = 75 »
Index gauche. Perte totale de la 3e phalange (scieur)	Toulouse, 26 avril 1901.	1.200 »	10 %	5 % = 60 »
Index gauche. Perte des 2e et 3e phalanges et de la moitié de la 1re (tisseur)........................	Lyon, 19 juillet 1900.	1.440 »	12 %	6 % = 86,40
Index gauche. Ablation de la 1re phalange raccourcissement (menuisier)	Lyon, 4 avril 1900.	2.000 »	10 %	5 % = 100 »
Index gauche. Perte (tourneur) rente accordée 0. Même salaire.	Marseille, 21 décemb. 1900.	»	0 %	0 %
Pouce gauche. Perte d'une phalange mouvement d'opposition conservé (ouvrier industriel)............	St-Omer, 15 mars 1900.	450 »	20 %	10 % = 45 »
Pouce gauche. Ankylose de la phalange. Perte de l'opposition (charretier)	Lunéville, 3 mai 1900.	1.000 »	25 %	12.50 % = 125 »
Pouce gauche. Ankylose de la dernière phalange (Mineur)	C. de Paris, 23 juin 1900.	2.400 »	15 %	7.50 % = 180 »
Pouce gauche. Section des tendons extenseurs (terrassier)	Nancy, 15 janvier 1901.	1.300 »	30.76 %	15.38 % = 200 »
Pouce gauche. Perte de l'extrémité (mécanicien).....	Seine, 16 janvier 1901.	»	0 %	0 %
Pouce gauche. Amputation de la 1re phalange (tourneur)	Seine, 2 février 1901.	3.319 »	15 %	7.50 % = 197.24
Pouce gauche. Amputation de la 2e phalange (ouvrière boudineuse)..	Valenciennes, 3 mai 1900.	825 »	24.50 %	12.25 % = 103,12
Pouce gauche. Perte partielle de la phalangette. Raideur et atrophie (tourneur)...................	St-Etienne, 13 mai 1901.	900 »	10 %	5 % = 45 »
Pouce gauche. Perte de la 2e phalange (mineur).....	Mende, 16 mars 1900.	1.158 »	10.80 %	5.40 % = 62,60
Pouce gauche. Arrachement complet et enlèvement de la tête du métacarpien (raboteur)............	Lectoure, 3 janvier 1900.	900 »	60 %	30 % = 270 »
Pouce gauche. Perte de la 2e phalange (homme d'équipe (chemin de fer)	Carcassonne, 23 nov. 1900.	1.080 »	40 %	20 % = 216 »
Pouce gauche. Perte (ouvrier industriel)...........	Valence, 9 juillet 1900.	795 »	16 %	8 % = 60 »
Pouce. Amputation (maçon).........................	Paris, 1er déc. 1900.	1.440 »	25 %	12.50 % = 180 »

(A suivre).

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Résistance injustifiée d'une compagnie à règlement d'honoraires. — Demande de ce chef en dommages-intérêts. — Jugement les accordant.

Nous avons dans le précédent numéro publié un jugement accordant des dommages-intérêts à un médecin victime des procédés ordinaires de chicane chers aux Compagnies d'Assurances.

Nous avons la bonne fortune de pouvoir en offrir un deuxième aujourd'hui à nos lecteurs.

D'ailleurs, si le jugement ci-dessous est excellent dans la partie qui réprime la malice et la mauvaise foi de la Compagnie d'Assurances, il est contraire à la jurisprudence quand il rejette les preuves fournies par un médecin honorable pour s'en rapporter à un seul témoignage suspect, étant celui d'un ouvrier au service de l'une des parties. Nous ne saurions affirmer que ce témoignage n'a pas été influencé par la crainte du patron, alors même que l'action que celui-ci peut avoir sur son ouvrier ne se serait manifestée

par aucune intervention active. Nous ne saurions trop conseiller aux médecins d'être très circonspects en matière de témoignage du blessé d'un accident du travail. Ils devront éviter de les citer s'ils ont des doutes sur leur indépendance. S'ils sont, au contraire, cités par leur adversaire, ils pourront appeler l'attention du juge de paix sur la dépendance du témoin à l'égard de l'une des parties.

Le jugement du Tribunal de paix de Bléré publié dans notre dernier numéro a été obtenu sur une assignation dont le conseil du « Sou Médical », Me Gatineau, avait donné le modèle, et que nous reproduisons ci-après. Ce modèle pourra servir à nos lecteurs, lorsqu'ils seront à leur tour victimes des agissements que nous avons maintes fois signalés.

Modèle d'assignation

Attendu que la résistance opposée par G. et V. à la juste réclamation du Dr L. malgré l'écrit formel émané d'eux, constitue un abus du droit de défense en justice et par suite une faute qui cause un préjudice au demandeur, en l'obligeant à des démarches, frais, perte de temps, etc. dont la simple condamnation aux dépens ne suffit pas à l'indemniser ;

Que MM. G. et V. prêtent ainsi leur concours à une des manœuvres habituelles des Compagnies d'assurances, dont la tactique consiste à opposer toutes sortes de moyens aux médecins qui ne se plient pas à leurs exigences et refusent de prendre la défense de leurs intérêts contre ceux des ouvriers, afin de décourager ces médecins de donner leurs soins aux ouvriers blessés, en les forçant pour arriver à se faire payer à subir tous les ennuis, frais et pertes de temps qu'occasionne une action en justice ;

Attendu qu'il importe peu que MM. G. et V. puissent alléguer pour leur défense qu'ils se sont vus forcés, par les termes de leur contrat d'assurances, à confier leur défense en justice à un agent de la Compagnie à laquelle ils sont affiliés, et que la responsabilité des agissements qui leur sont reprochés remonterait à la Compagnie d'assurances ; qu'ils n'ont à s'en prendre qu'à eux-mêmes d'avoir souscrit aux clauses d'un contrat qui les obligeait à prendre pour mandataires des personnalités qui ont elles-mêmes des intérêts distincts des leurs, et parfois opposés à ceux-ci, et qui sont susceptibles de faire valoir des moyens de défense que leur mandant ne pourrait de bonne foi présenter lui-même ;

Attendu que le mandant est responsable des faits de son mandataire accomplis dans l'exercice et dans les limites du mandat qui lui a été confié.

Que le Dr L. est en droit, en conséquence, de réclamer à MM. G. et V. la somme de 50 fr. à titre de dommages-intérêts par application des dispositions des art. 1382 et 1153 du Code civil, modifiés par la loi du 7 avril 1900.

Par ces motifs :

S'entendre condamner, les sieurs G. et V, à payer au Dr L. pour soins donnés à B., victime d'un accident de travail, la somme de
calculée d'après les usages suivis dans la région pour la clientèle ouvrière, et les intérêts suivant la loi.

S'entendre en outre condamner pour le préjudice causé par la résistance opposée de mauvaise foi et contre tout droit à la réclamation du demandeur à la somme de 50 fr. à titre de dommages-intérêts.

Voici maintenant l'excellent jugement du tribunal de paix de Boulogne-sur Seine, sur lequel nous appelons tout spécialement l'attention de nos confrères.

Justice de Paix de Boulogne-sur-Seine.

24 *avril* 1907.

Nous juge de Paix,

Attendu que le Dr N., a fait citer le sieur C. pour s'entendre condamner à lui payer la somme de 114 fr. pour honoraires à raison des soins par lui donnés à son ouvrier G. victime d'un accident du travail ;

Que le défendeur a tout d'abord formellement contesté que son ouvrier ait reçu les soins du demandeur ;

Que le Dr N. a formé une demande additionnelle aux termes de laquelle il conclut à ce que le patron soit condamné à lui payer une somme de 300 fr. à titre de dommages-intérêts, la contestation de son intervention même et de ses soins, malgré la délivrance de certificats au début et à la fin du traitement constituant un acte de malice et de mauvaise foi qui lui est préjudiciable;

Que le patron a conclu reconventionnellement, à ce que le Dr N. soit condamné à lui payer la somme de 400 francs à titre de dommages-intérêts pour le préjudice qui lui est causé, tant par l'action principale du demandeur qui est injuste et mal fondée que par ses conclusions additionnelles dans lesquelles sont exprimés à son égard des termes de malice et de mauvaise foi ;

Sur la demande principale :

Attendu que les parties étant contraires en faits et le demandeur offrant de rapporter tant par titre que par témoin la preuve de ses allégations, et cette preuve étant pertinente et admissible, nous l'avions autorisé à faire cette preuve, la preuve contraire réservée.

Que le Dr N. a produit un agenda de ses consultations ; mais que les mentions d'ailleurs très succinctes de cet agenda, ne peuvent légalement constituer une preuve ;

Qu'ensuite il a fait citer pour notre audience du dix-sept avril courant le sieur G. témoin, entendu dans la forme légale et serment préalablement prêté ;

Qu'il est résulté de la déposition du témoin qu'il avait effectivement reçu les soins de M. le docteur N. ; que cependant douze consultations seulement et non dix-huit, ainsi que le mentionne une note d'honoraires du demandeur, avaient eu lieu et que toutes ces consultations avaient été suivies d'un pansement antiseptique, qu'au surplus, il n'avait été l'objet d'aucune ablation et que deux certificats lui avaient été délivrés ;

Attendu que ce témoignage nous fournit les éléments d'appréciation suffisants et qu'il en résulte que les honoraires réclamés par le demandeur doivent être réduits à la somme de soixante et seize francs ;

Qu'il est en conséquence inutile de recourir à l'expertise sollicitée par le défendeur dans ses conclusions orales.

Sur la demande additionnelle :

Attendu qu'il est constant que le demandeur a produit des certificats au début et à la fin du traitement ;

Que le défendeur n'a pu ignorer les soins donnés à son ouvrier, auquel il a dû payer l'indemnité de demi-salaire ;

Qu'en contestant contrairement à la vérité et sans la moindre apparence de fondement, l'intervention même du Dr N. il a commis un véritable abus du droit de défense et une faute lourde.

Que cette faute a occasionné un préjudice moral certain au demandeur et même un préjudice matériel, car nous avons ordonné sa comparution personnelle pour le confronter avec la victime de l'accident ;

Que nous possédons les éléments d'appréciation suffisants pour évaluer à cinquante francs les dommages-intérêts qui doivent être alloués en réparation de ce préjudice ;

Sur la demande reconventionnelle ;

Attendu que la demande additionnelle étant déclarée juste et fondée, la demande reconventionnelle en dommages-intérêts doit être rejetée ; que le demandeur a usé de son droit et n'a commis aucune faute ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs, jugeant publiquement contradictoirement et en premier ressort ;

Condamnons pour les causes sus énoncées, le sieur C.... à payer au demandeur la somme de soixante-seize francs pour honoraires et celle de cinquante francs à titre de dommages intérêts ;

Le condamnons en outre aux dépens.

Ainsi jugé et prononcé publiquement par Monsieur Edouard Paul, juge de Paix du canton de Boulogne-sur-Seine, arrondissement de Saint-Denis, département de la Seine, assisté de Me Albert Jean, commis-greffier de cette justice dans le local ordinaire des audiences publiques sis à la justice de paix de Boulogne sur-Seine, salle des Fêtes le vingt-quatre avril mil neuf cent sept.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'organisation de la désinfection.

Le Ministère de l'Intérieur a récemment publié les « Instructions pour la pratique de la désinfection adoptées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France ».

Cette brochure est divisée en deux parties :

1re partie : *Notions générales sur les maladies nécessitant la désinfection et sur les procédés de désinfection.*

2e partie : *Application.*

L'ensemble de l'étude constitue un vade-mecum très intéressant de la prophylaxie des maladies contagieuses.

La maxime : « Demandez le plus pour obtenir le moins » a évidemment été la pensée directrice des rédacteurs du mémoire ; mais il n'en reste pas moins acquis que les administrations publiques et privées pourront y trouver la solution de tous les petits problèmes que la pratique de la désinfection peut poser chaque jour.

Une particularité a surtout attiré notre attention, c'est la façon très large dont a été compris l'exposé des mesures à préconiser dans la désinfection des couvertures, matelas, paillasses et autre objets de literie.

Il semblait, quand il fut question de l'application de la loi de 1902, que deux sortes de désinfection seulement devaient prévenir l'extension des foyers de contagion.

1° La désinfection en surface par des procédés autorisés.

2° La désinfection en profondeur par des étuves également autorisées.

Pour ce qui est de la désinfection en surface, nous avions paré grandement aux inconvénients professionnels que son application pouvait entraîner pour le corps médical, en découvrant l'existence du « *Fumigator* » et en le révèlant à nos confrères.

En ce qui concerne la désinfection en profondeur, la menace de l'emploi d'appareils compliqués, encombrants, coûteux et indiscrets demeurait entière.

Les instructions ministérielles éclaircissent notablement l'horizon en prévoyant l'absence d'étuve et indiquant les moyens d'y remédier.

« Si la désinfection par l'étuve ne peut être aisément pratiquée, notamment en raison de l'éloignement de l'étuve utilisable, on peut procéder de la façon suivante :

« Les couvertures sont plongées dans une solution de savon mou, préparée avec 250 grammes de savon pour 10 litres d'eau et qui est après deux heures de contact, portée à l'ébullition ; on les y remue de manière à déplacer l'air retenu dans les plis des tissus et on les fait bouillir dans le bain recouvert d'un couvercle.

« Les matelas, traversins, oreillers, édredons, lits de plumes, sont défaits, après avoir été largement arrosés avec une solution désinfectante. « La laine, le crin et la plume sont désinfectés par un trempage et un lavage à froid dans une solution désinfectante de crésylol ; l'action de ce bain désinfectant est lente ; le crin ou la laine y resteront douze heures au moins, au cours desquelles ils seront agités avec un bâton de manière à déplacer l'air retenu dans leur épaisseur ; ils seront ensuite rincés dans de l'eau pure, pendant une heure ou deux.

« Les paillasses, vieilles couvertures, etc.. sont enveloppées dans des sacs mouillés et transportées au dehors. S'il existe un espace libre suffisant à proximité de l'habitation (cour, jardin, etc...), on les incinérera après arrosage au pétrole sous réserves des dispositions rappelées pour la destruction des objets mobiliers. Souvent, on sera forcé de transporter au poste des paillasses, etc. fortement imprégnées de liquides diarrhéiques etc... dont la destruction par le feu présenterait des difficultés ; le procédé le plus sûr consiste à les désinfecter à l'étuve.

« Les enveloppes des sommiers sont lavées comme il est dit ci-dessus pour celles des matelas : le cadre et les ressorts sont nettoyés avec le plus grand soin au moyen de brosses et de linges mouillés, trempés dans une solution désinfectante ».

Néanmoins cette possibilité donnée de pouvoir se passer d'étuve à l'occasion, il convient de reconnaître que l'usage en serait souvent précieux et économique dans la plupart des cas ..... si l'appareil idéal réclamé à la sagacité des inventeurs par M. Bonjean, chef du Laboratoire du conseil supérieur d'hygiène, était trouvé.

Voici, en effet, les désiderata de ce savant et modeste bactériologiste :

« L'inconvénient très sérieux que présentent les « étuves fixes, résulte du fait qu'il faut transporter les objets de literie et les vêtements contaminés depuis la chambre du malade jusqu'au « poste de désinfection, traversant ainsi couloirs, « escaliers, cours, agglomérations, rues, avec le « risque de semer quelques-uns de ces germes « qu'on cherche à circonscrire et à détruire : il « y a là — quelque soin que l'on observe pour « effectuer ce transport — une pratique délicate « qui constitue, à notre avis, un contre-sens dans « l'esprit de la désinfection. La désinfection effectuée au poste de désinfection nécessite des frais « élevés d'aménagement et de transport : notamment un double service de voitures pour les « objets souillés et les objets désinfectés, et quatre voyages pour aller prendre la literie contaminée, l'amener au poste de désinfection, et « pour la reporter après désinfection. Pour éviter ces graves inconvénients, on doit conseiller « aujourd'hui l'emploi d'étuves démontables, facilement transportables et remontables dans le « domicile même du malade, appareils qui permettent avec le concours de la chaleur et des « vapeurs d'aldéhyde formique de réaliser sur « place la désinfection.

« L'appareil qui résoudra aussi bien que possible cette question devra réaliser un poids léger, un transport facile, un maniement simple, « un prix peu élevé et un contrôle rapide et exact.

« L'emploi des étuves démontables avec le concours du trioxyméthylène et de la chaleur nous « paraît devoir résoudre cette question : l'appareil devrait pouvoir être transporté soit sur un « tricycle, soit dans une voiture à bras pour les « petites distances, ou une voiture légère pour « les distances plus grandes. »

« Eh bien ! cet appareil existe, il est conçu et construit : on l'a essayé et il a donné des résultats « magnifiques ; il tue même le subtilis !.....

Les industriels pratiques à qui nous devions déjà le *Fumigator* devaient au Corps Médical et se devaient à eux-mêmes de trouver l'appareil simple qui utiliserait le Fumigator dans la désinfection en profondeur.

C'est pourquoi nous pouvons présenter à nos confrères, pour qu'ils en usent à bon escient auprès des administrations publiques et privées, l'*Etuve Gonin* démontable et transportable.

En voici la description et le fonctionnement :

L'Etuve Gonin se divise en trois parties :

1° La chambre-étuve;

2° L'appareil de chauffage ;

3° Les raccords à deux pièces pour adapter les Fumigators à l'étuve.

La Chambre-étuve. — La chambre-étuve est composée de deux pièces : deux cuves pouvant s'emboîter l'une dans l'autre, mesurant l'une 1m.97 × 1 m. 37 × 0 m.50; l'autre 1m.85 × 1m. 27 × 0m. 50, et par conséquent facilement transportables.

Les deux cuves sont bandées, cerclées et rivées, d'une solidité à toute épreuve.

L'une, que l'on pose sur des tréteaux, est bordée par une gouttière, au fond de laquelle est une bande de feutre humectée d'eau; l'autre est bordée par un rebord à jet d'eau.

Une étagère démontable, destinée à recevoir les objets à désinfecter, peut être fixée dans la cuve à gouttière.

Puis, si l'on renverse sur cette cuve l'autre cuve à jet d'eau, celui-ci fait joint hydraulique, *imperméable aux gaz*, sans qu'il soit utile de serrer aucune vis, aucun écrou.... La chambre-étuve est montée.

L'appareil de chauffage. — Sous le fond de l'étuve, montée sur ses tréteaux comme il vient d'être dit, peut s'ajuster très facilement un cylindre muni d'une plate-forme à sa partie inférieure.

Ce cylindre conduira la chaleur émise par une lampe Baku à deux becs, posée sur sa plate-forme dans un «coffre de chaleur» : de là, l'air chaud pénètrera dans un serpentin en tôle, y circulera et pourra, suivant la position donnée à un registre de distribution, pénétrer dans l'étuve ou sortir à l'air libre.

Serpentin et coffre de chaleur reposent sur le fond de la cuve à gouttières.

Les raccords à deux pièces. — Deux trous sont percés dans le fond de la cuve à gouttière. Ils sont munis de joints de raccords pour l'adaptation des Fumigators.

Fonctionnement de l'Etuve :

1° Placer la cuve à gouttière sur ses pieds.

Verser de l'eau dans la gouttière préalablement garnie de sa bande de feutre.

Monter l'étagère et y disposer les matelas et objets à désinfecter.

2° Verser trois litres d'eau dans le saturateur.

Adapter les deux Fumigators n° 4 et placer la cuve à rebord sur la première. Ce rebord vient faire joint hydraulique sur le feutre de la gouttière.

3° Mettre en place l'appareil de chauffage, et allumer la lampe. A ce moment, la ventouse doit être ouverte, et le registre du serpentin ouvert à l'intérieur.

On chauffe jusqu'à 85°.

4° A 85° on ouvre le registre à l'extérieur, on ferme la ventouse, on allume les Fumigators, et on continue de chauffer pendant deux heures sans dépasser la température de 95°.

Au bout de ce temps, on éteint la lampe et on ouvre l'étuve : l'opération est terminée.

L'étuve avec tous ses accessoires n'atteint pas le poids de 300 kilogs, elle peut être transportée sur une voiture à bras. Un modèle est en construction auquel pourront s'adapter deux roues et deux brancards, et l'étuve deviendra ainsi sa propre voiture.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France à fait des expériences intéressantes avec cette étuve. Nous en publierons prochainement le résumé : il est des plus concluants.

Après avoir encouragé Messieurs Gonin dans leurs recherches que nous avons connues dès le début et encouragées, par ce qu'il nous avait paru que de tels efforts ne pouvaient être sans profit pour le corps médical, nous appelons toute l'attention de nos confrères sur les résultats acquis et sommes persuadés qu'ils nous sauront gré de les leur avoir fait connaître, en en préconisant l'emploi dans les administrations auprès desquelles ils peuvent être accrédités.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association corporative des étudiants en médecine de Paris

MISE AU POINT.

Il semble que quelques-uns de nos maîtres aient interprété l'agitation pour la réforme des études médicales dans le sens d'une campagne dirigée, non pas contre un système d'enseignement, mais contre le personnel chargé d'appliquer ce système. Ils se plaignent de la désaffection croissante des étudiants et attribuent à l'influence de l'Association corporative les « malentendus » qui séparent actuellement maîtres et élèves.

Il est étrange d'avoir à rectifier de semblables allégations, que jamais rien de notre part n'a pu justifier. Mais puisqu'elles ont cours, il importe de les détruire et de préciser une fois pour toutes notre attitude et nos intentions.

Jamais, à notre connaissance, les étudiants de l'A. C. n'ont rendu les « enseignants » responsables des misères de l'enseignement officiel. Ils ne portent pas précisément dans leur cœur le régime bureaucratique universitaire en général, et notre vieille Faculté en particulier, mais il s'agit là d'une inimitié toute impersonnelle, et jamais ils ne furent tentés d'affubler ladite dame Faculté du masque d'aucun de leurs maîtres.

De quel masque, d'ailleurs, l'affubler ? Combien sont-ils les tenants de la vieille pédagogie livresque, ceux qui nous conseillent une douce résignation à notre pieuse ignorance de la technique ? Bien peu, assurément.

A cette infime minorité, il est agréable d'opposer le grand nombre de ceux qui mettent moins d'ardeur à défendre la Faculté, mais beaucoup plus à remédier par leur zèle pédagogique aux vices rédhibitoires de son organisation.

Cette phalange d'agrégés et de médecins des hôpitaux, dont nous admirons et suivons l'enseignement, qu'il porte ou non l'estampille officielle, sont très avertis des..... imperfections du système scolaire actuel. Beaucoup d'entre eux sont venus l'affirmer au Congrès des praticiens, où nous les vîmes discuter et voter avec nous les vœux concernant les réformes les plus souhaitables et les plus immédiatement réalisables : l'*hôpital centre d'enseignement* et la LIBERTÉ DU STAGE, corollaires de cette grande réforme qui est à la base de toutes nos revendications ; la DÉCENTRALISATION de l'enseignement et l'AUTONOMIE des Facultés. Et n'est-ce pas grâce à la présence de quelques-uns d'entre eux dans cette fameuse Commission ministérielle des réformes, dont on avait tant pronostiqué l'orientation conservatrice, qu'un vent de réformes a indéniablement soufflé sur les dernières séances de la sous-commission ?

Cette sous-commission l'a nettement indiqué : la lutte est *contre* la centralisation administrative et autoritaire, qui gâche et stérilise tant d'énergies médicales, tant de matériaux d'enseignement. Et la lutte est aussi pour la vieille liberté universitaire, qui ne déforme pas les sciences médicales « par goût de symétrie », et « les laisse là où elles ont pris racine ». Toutes les autres questions sont des questions secondaires et dont ce n'est pas encore l'heure. Et cette lutte pour les réformes, il est insensé de croire qu'elle puisse se faire contre tous nos maîtres. C'est le même monument qui nous opprime, et c'est l'intérêt de tous de secouer cette oppression.

Déjà, au Congrès des praticiens, de nombreux « officiels » sont venus dire : « Les réformes que les étudiants et les praticiens demandent, il y a longtemps que nous les avons réclamées pour la première fois. Et toujours nos projets ont été déformés ou étouffés dès leur arrivée dans les bureaux ministériels, bureaux incompétents et souverains ».

Mais précisément, c'est ce que nous avons dit et répété : « *Il est aussi impossible de se réformer soi-même qu'à un mobile isolé de modifier sa trajectoire, si on ne lui offre un point d'appui extérieur* ». Les tentatives officielles resteront vaines tant qu'une aide résolue ne leur viendra pas du dehors.

Ce point d'appui extérieur, c'est notre organisation corporative et la campagne d'opinion que nous menons depuis trois ans ; c'est l'*opinion médicale*, représentée par les associations déjà adhérentes à notre jeune Fédération des étudiants en médecine de France, unies aux syndicats de praticiens ; c'est l'*opinion publique* à laquelle nous devons faire appel, car elle est la première intéressée.

Y a-t-il des hésitants ? Certains sont-ils encore indisposés par des controverses récentes, fatalement un peu brutales, mais qu'autorisait amplement la chaleur de discussion d'un Congrès ? Qu'ils se rassurent : l'heure n'est plus aux batailles oratoires, mais à une action sérieuse et réfléchie.

Ou bien, est-ce cette « action collective » des étudiants qui éveille quelques craintes ? Mais précisément, c'est elle qui est la meilleure garantie du calme de nos revendications. On oublie trop que c'est notre intervention qui, il y a deux ans, canalisa et calma l'agitation bruyante dirigée contre un professeur de physique. Ces temps derniers, des camarades sont venus se plaindre à nous d'une sévérité de date récente, et vraiment trop systématique, à certains examens. Nous avons reconnu avec eux qu'avant d'élever le niveau des examens, il serait au moins logique que la Faculté s'occupât de ne pas laisser l'enseignement aller à la dérive. Mais notre rôle se réduit à centraliser les réclamations, quelquefois violentes, de nos camarades, et, si elles se multiplient, à les faire connaître à qui de droit, avec vigueur, *par les voies légales*.

La Fédération nationale des étudiants en médecine constitue un lien puissant entre le corps enseignant et les praticiens, aujourd'hui nos alliés et demain nos confrères. Ni les uns ni les autres n'ont intérêt à rompre ce « pont ». En tout cas, ce n'est certainement pas de nous qu'en viendra la rupture.

Le Comité de l'Association corporative.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 30 Dimanche 28 JUILLET 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'AFFAIRE CORMON

Nous donnons ci-dessous le texte intégral du jugement rendu par le tribunal de la Seine dans l'affaire Cormon. Il fait une application, à l'abri de toute critique, des règles en matière de responsabilité médicale.

Le Dr Cormon est acquitté, c'est bien. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il n'aurait pas été poursuivi, si l'expert, se mettant courageusement en face de sa responsabilité et des devoirs de sa mission, —sans se laisser influencer par la crainte d'être faussement accusé de céder à l'esprit de corps, — avait donné au juge d'instruction une appréciation formelle sur le caractère de la faute qu'il prétendait avoir été commise. Il nous paraît plus que douteux qu'il eût conclu à la faute lourde, susceptible d'être qualifiée blessure par imprudence, s'il s'était placé sur le terrain où la jurisprudence prescrit aux experts de se placer, c'est-à-dire s'il s'était posé nettement la question de savoir si l'imprévoyance, qu'il prétendait relever dans les actes du médecin accusé, constituait une faute lourde ou simplement légère, au lieu de relever cette prétendue faute en laissant le soin aux tribunaux — qui se déclarent eux-mêmes en principe incompétents pour trancher des questions d'ordre scientifique et de pratique médicale —d'en déterminer le caractère et la gravité ! Quoi qu'il en soit, et sauf les ennuis et le préjudice causés au médecin qui a été l'objet des poursuites, la solution intervenue ne peut que servir les intérêts des malades et du corps médical, puisque le tribunal n'a pas manqué de proclamer, dans un attendu que nous soulignons, que l'intérêt du public est de ne pas entraver l'action si difficile du médecin, en pleine bataille contre la maladie, par les craintes d'encourir des responsabilités, craintes que ne manquerait pas de faire naître l'abus répété de poursuites pour blessures par imprudence contre les médecins. La faute — que nous ne voudrions pas avoir la cruauté de qualifier de faute lourde — commise par l'expert dans l'exécution de sa mission, aura eu son bon côté, puisque le jugement rendu est de nature à rendre au corps médical la confiance que pouvaient lui faire perdre des poursuites comme celles exercées dans l'affaire Laporte et dans celle-ci, en même temps qu'à inspirer aux experts commis dans les cas de responsabilité un peu plus de circonspection et à les amener à une observation plus stricte des devoirs de leurs fonctions.

G. Gatineau,
Avocat à la Cour d'appel,
Conseil du « Sou médical. »

Nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs le texte in-extenso de ce jugement :

Tribunal correctionnel de la Seine (9e Ch.)
20 juillet 1907.

Attendu que le Dr Cormon est cité sous l'inculpation de blessures par imprudence, au préjudice de la

demoiselle Peyronnette, pour s'être, dans le traitement d'une appendicite dont elle était atteinte, rendu coupable d'une négligence ou imprévoyance ayant causé ou augmenté le développement d'une escarre très étendue sur l'abdomen de la malade ;

Attendu qu'il importe d'abord de rappeler et de préciser les principes de la responsabilité incombant aux médecins dans l'exercice de leur profession ;

Que cette responsabilité résulte des articles 319 et 330 du code pénal qui, dérogeant aux règles générales en matière pénale, d'après lesquelles un crime ou un délit n'existent pas sans l'intention coupable, ont, en raison de l'intérêt supérieur s'attachant à la conservation de la vie et de la santé humaines, substitué à l'intention coupable comme élément constitutif du délit, la simple imprudence, l'inattention, la maladresse ou l'inobservation des règlements de police ;

Qu'on ne saurait, toutefois, sans dépasser l'intention du législateur et sans mettre en péril l'intérêt qu'il a précisément voulu sauvegarder, inculper les personnes pratiquant l'art de guérir à raison de tout agissement ayant occasionné un préjudice au malade, ce qui aurait évidemment pour résultat de détruire toute initiative et toute liberté dans le traitement des maladies et les opérations présentant des risques ;

Qu'il convient donc de reconnaître que, pour observer une juste mesure ;

1° La simple application de théories ou de méthodes médicales sérieuses, appartenant exclusivement au domaine de la science et de l'enseignement, ne doit pas entraîner de responsabilité pénale ;

2° L'inobservation des règles générales de prudence et de bon sens auxquelles est soumis l'exercice de toute profession, la négligence accentuée, l'inattention grave, l'impéritie inconciliable avec l'obtention du diplôme exigé du médecin pour qu'il soit autorisé à pratiquer son art, peuvent et doivent au contraire entraîner cette responsabilité ;

Attendu que, dans la cause, les reproches formulés contre le docteur Cormon par le ministère public se résument, d'après le réquisitoire définitif et l'ordonnance de renvoi, à la faute d'imprévoyance résultant de ce qu'il n'a pas attaché une importance suffisante aux symptômes bien marqués qui annonçaient la formation d'une escarre, seul point retenu dans les conclusions du rapport présenté par M. le docteur Balthazar, expert commis ;

Attendu qu'à l'audience le reproche plus général de négligence et de défaut de soins appropriés a été formulé à l'appui de la prévention et a été discuté ;

Attendu que, d'après l'ensemble des dépositions sensiblement concordantes recueillies à l'audience, émanant des plus hautes autorités en matière médicale ou chirurgicale, alors même qu'on prétendrait alléguer l'influence que l'esprit de corps et de solidarité professionnels a pu, en quelque mesure, exercer sur les appréciations de tel ou tel des témoins entendus, il convient de considérer comme établis les points suivants concernant le traitement normal de l'appendicite, quand il n'y a pas lieu de recourir à l'intervention chirurgicale ;

1° L'application de la glace, quand elle est reconnue nécessaire pour combattre l'affection constatée, doit être indéfiniment prolongée jusqu'à la disparition des symptômes de cette affection, malgré les inconvénients pouvant en résulter ;

FEUILLETON

Réflexions d'un qui navigue.

Haïphong, mai 1907

Mon cher Directeur,

A chacun de mes voyages maritimes, j'emporte du *Concours médical* ce qui a paru au cours de ma précédente absence de sorte que, dans la lecture de ce journal, je suis maintenant toujours en retard de trois ou quatre mois. Il se peut donc que les réflexions que je vous envoie ne soient pas toujours au courant ou arrivent trop tard. Dans ce cas vous les négligerez si bon vous semble.

Au cours de ma dernière lecture je note que la Loterie des médecins n'est pas encore en train. Mais, une fois décidée, comment procéderait-on ? Sera-ce comme pour les loteries des tuberculeux ? C'est-à-dire un billet gagnant sur quinze mille et sur les trois cents gagnants 295 ne touchant que cent francs. C'est usé et cela n'attire plus.

Témoin la réclame que toutes les loteries de ce genre font maintenant. La loterie de la Presse a eu du succès : 1° à cause des trois lots de un million, 2° à cause du grand nombre de lots et, 3° surtout, à cause de la nouveauté de son système en France. Il faudra donc présenter à nos compatriotes pour les intéresser quelque chose qui leur paraisse nouveau. Le système des loteries qui se tirent tous les jours dans les villes de l'Amérique du Sud me paraît répondre à ce besoin. Voici donc comme je comprendrais la future loterie des médecins. Le billet valant vingt francs sera divisé en cinq coupures de quatre francs. Les lots gagnés par les billets seraient naturellement divisibles comme ceux-ci. Le numéro gagnant le gros lot entraînerait pour le numéro qui le précéderait et pour celui qui le suivrait un lot de un dixième de la valeur du gros lot. Les billets dont les trois derniers chiffres seraient les mêmes que les trois derniers chiffres du billet du gros lot gagneraient par exemple mille francs. Ceux qui auraient les mêmes deux derniers chiffres finaux pourraient toucher 200 fr. Et ceux dont le chiffre final serait le même seraient remboursés soit à égalité, soit au double. Il y aurait pendant six mois un tirage de ce genre tous les mois et chaque fois le gros lot deviendrait de plus en plus fort. Ce système, qui je le repète, a beaucoup de succès dans l'Amérique du Sud, pourrait en avoir en France où il paraîtrait nouveau et ce n'est que par la nouveauté qu'une loterie pourrait s'imposer après tant d'autres. C'est pourquoi ces considérations, bien que d'apparence frivole, m'ont paru devoir vous être exposées.

Les plaintes des nouveaux établis me rappellent qu'il y a quelque temps j'appris que la *Revue des Sciences* organisait chaque année des voyages d'excursions maritimes du cap Nord jusqu'en Egypte. Je demandai à la Compagnie des transports maritimes quels honoraires elle donnait au médecin sanitaire maritime qui accompagnait le navire destiné aux croisières de la *Revue*.

Le chef du service médical, un médecin, s'il vous plaît, et depuis longtemps établi à Marseille, me répondit que, cette année, toutes les excursions étaient pourvues, *à titre gracieux*, d'un médecin sanitaire, mais que l'année prochaine, *aux mêmes conditions* on pourrait me réserver l'une d'elles. Je ne récrimine

2° L'interposition d'une flanelle entre la glace et l'épiderme des malades n'est pas indispensable ;

3° La constatation de la température par l'application du thermomètre n'est pas non plus indispensable quand d'autres moyens d'investigation, comme la palpation, peuvent être et sont effectivement employés, l'élévation de la température ne correspondant pas nécessairement avec la durée de l'affection elle-même ;

4° La formation d'une escarre peut être plus ou moins soudaine et ne peut être prévue avec certitude ;

Attendu que la vérité de ces diverses propositions étant admise, il en résulte une réfutation suffisante des griefs allégués à l'appui de la prévention, même dans la mesure restreinte fixée par les conclusions contenues au rapport de l'expert ;

Et que le point de fait doit se résumer, en fin de cause, dans les termes suivants : « La demoiselle Peyronnette a été atteinte d'une appendicite grave mettant son existence en danger et le traitement qui lui a été appliqué par le docteur Cormon l'en a guérie, sauf l'effet des inconvénients, impossibles à prévoir avec certitude, survenus à la suite d'un traitement présentant un caractère normal ;

Attendu, en ce qui concerne plus spécialement le reproche de négligence ou impéritie adressé au prévenu pour n'avoir pas su discerner les symptômes annonçant la formation de l'escarre, que, d'après la déposition formelle du docteur Brézard, entendu à l'audience, il est affirmé que le prévenu avait constaté l'existence de ces symptômes, dès leur apparition, et appliqué un traitement approprié ;

Attendu que, dans ces conditions, les agissements reprochés au prévenu comme délictueux ne doivent pas être considérés comme justifiant une sanction pénale.

En conséquence, M. le docteur Cormon a été acquitté.

LA SEMAINE MEDICALE

Le sous-nitrate de bismuth dans les gastropathies.

MM. les Drs Hayem et Mathieu emploient depuis quelques années le sous-nitrate de bismuth dans un très grand nombre de gastropathies où le symptôme douleur est prédominant. Cette méthode thérapeutique est due à Kussmaül et à Fleiner.

Dans les douleurs de l'hyperchlorhydrie, en particulier, mais même dans les douleurs de l'ulcère, des gastro-névroses organopathiques centrales, des gastrites avec hypopepsie ou apepsie, le sous-nitrate de bismuth amène des améliorations et des guérisons inespérées. Il calme même les douleurs du cancer, mais, à condition d'être continué indéfiniment ; la nécessité de le continuer et d'en augmenter fréquemment la

---

plus, je signale seulement le fait et j'ajoute : Il est probable que les médecins sanitaires de ces croisières sont jeunes et qu'ils s'établiront un jour.

Et s'il leur arrive alors d'être un peu fraîchement accueillis par leurs aînés, ils écriront peut-être au *Concours* à ce sujet une lettre indignée et parlant de solidarité. Cet estimable journal (pour employer leurs expressions futures), s'il a leurs noms, fera bien de leur rappeler leurs débuts d'écervelés dans une carrière où ils ont si bien commencé par mettre de côté, quand elle les gênait, cette solidarité dont ils se recommanderont plus tard.

Dans le n° 49 de 1906 du *Concours*, je vois une lettre du confrère Veillon (de l'Allier) réclamant le libre exercice de la pharmacie par le médecin. Vers 1900 j'avais déjà demandé la même chose dans le même journal. Chaque fois que je vois les chefs de file du *Concours* s'écrier solennellement : « Réclamons énergiquement nos droits médicaux, mais n'empiétons pas sur ceux des pharmaciens ! » malgré la déférence que j'ai pour l'expérience de ces messieurs, je ne puis m'empêcher de penser qu'ils énoncent là une vaste blague. Voici pourquoi. En 1900, des plaintes que l'on voyait s'élever à propos d'exercice illégal, il ressortait que les rebouteurs surtout étaient redoutables. Je fis remarquer que les pharmaciens étaient, au contraire, les premiers de nos concurrents illégaux. Il est en effet manifeste que dans tout bandagiste et herboriste il y a un médicastre et que toute sage-femme consulte les enfants qu'elle n'a pas fait avorter.

Quant aux pharmaciens, j'estime que nous ne pouvons pas leur en vouloir, car eux, ils ne peuvent pas ne pas faire de médecine. Comme toute médecine faite par des gens dépourvus de connaissances anatomiques, histologiques, physiologiques et anatomo-pathologiques ne peut être que du charlatanisme, il en résulte que, dans son intérêt, le malade ne doit avoir à s'adresser qu'à un seul individu et qui soit pourvu de ces connaissances. Donc plus de bandagistes, d'herboristes, ni de sages-femmes et plus de pharmaciens. Tant que ces industriels existeront, ils empiéteront toujours sur le domaine médical et aucun accord ne les en empêchera jamais. Transformez les écoles de pharmacie en écoles professionnelles de droguerie; indemnisez ceux d'entre les pharmaciens auxquels leur profession donne plus de trois mille francs de bénéfices annuels et faites délivrer les médicaments aux malades par leurs médecins.

Les droguistes n'y perdront rien, les médecins s'instruiront en matière et en chimie médicales et les malades ne dépenseront plus inutilement leur argent en croyant vainement se guérir avec les pilules, pastilles et ceintures que leur recommandent les journaux quotidiens.

Reste à connaître l'avis des médecins. Quand j'exerçais à la campagne, j'ai interrogé une trentaine de confrères sur ce sujet. Les résultats de mon enquête, j'ai dû les classer ainsi. Les médecins à fortune personnelle ne sont pas partisans de faire eux-mêmes la pharmacie; ils n'en ont pas l'habitude, cela les dérangerait trop. Ceux qui sont riches et avares ne voient pas que le pharmacien soit un organisme social nécessaire. Et enfin ceux qui ont besoin de leur diplôme pour vivre, considèrent le pharmacien comme un concurrent immérité et comme un individu dangereux pour le malade.

On pourrait essayer, comme le demande le Dr

dose est un sérieux signe révélateur dans les cas dont le diagnostic est difficile. La cure de bismuth ne s'adresse pas seulement au phénomène douleur ; elle fait disparaître également divers troubles d'origine réflexe comme les vomissements, la sialorrhée, les spasmes pyloriques ou autres. Pour obtenir les effets calmants et antispasmodiques du bismuth, il faut que le médicament soit administré d'une certaine manière. Voici la technique décrite par M. Hayem :

« Depuis longtemps, je fais prendre la poudre directement par la bouche et je ne cherche pas à en faciliter la dissémination en faisant prendre aux malades diverses positions successives. L'avantage de la suppression du tube est considérable. On peut ainsi employer le bismuth chez les ulcéreux dès le début des accidents morbides voire même en cas d'hématémèse. Et, en dehors de l'ulcère, il est précieux de pouvoir prescrire le médicament sans faire pratiquer un lavage stomacal.

« La dose de sous-nitrate introduite par le tube dans le procédé de Kussmaul et Fleiner est de 20 grammes en suspension dans 200 grammes d'eau tiède.

« D'après moi, le bismuth doit être prescrit à la dose de 15 à 20 grammes. Les petites doses sont certainement moins actives et elles ont l'inconvénient de produire de la constipation, c'est-à-dire d'augmenter un état qu'on rencontre avec une grande fréquence dans bon nombre de gastropathies.

« La dose peut être prise en plusieurs fois, par exemple par paquets de 5 à 6 grammes, trois fois par jour. Mais je donne la préférence à l'administration de la dose entière en une seule fois.

« Cette dose doit être prise le matin à jeun, 10 à 15 minutes avant le premier repas. On met la poudre dans un verre ; on remplit celui-ci environ au tiers d'eau ; on agite vivement avec une petite cuiller et on avale d'un trait.

« Chez les malades soumis au lavage de l'estomac, on fait verser le lait de bismuth dans l'entonnoir lorsque le lavage est terminé et on facilite la chute du bismuth dans l'estomac en versant 50 grammes d'eau par dessus le lait bismuthé.

« Pendant la cure de l'ulcère, le régime lacté est indispensable les dix à quinze premiers jours, malgré l'emploi du sous-nitrate de bismuth ; mais dans les cas de gastralgie et d'hyperesthésie, un des grands avantages de l'emploi de ce médicament est de rendre rapidement tolérable une alimentation assez variée et quantitativement suffisante. »

Les accidents dus à l'air comprimé

M. le Dr G. Berruyer vient de faire à la société médico-chirurgicale de Paris une communication très documentée sur les accidents dits du « coup de pression », ou plus exactement, sur les accidents produits par la décompression trop brusque chez les ouvriers qui travaillent dans les caissons descendus sous la Seine pour les travaux de construction du Métropolitain de Paris.

Les symptômes de la maladie des caissons se

Veillon, de compléter cette enquête. Je crois pourtant que ce serait inutile. Que lui et ceux qui voient dans le pharmacien, la sage-femme, etc., des dangers pour les malades, fassent campagne pour obtenir leur suppression sans s'occuper des confrères qui sont d'avis opposés ou qui n'ont pas d'avis du tout. S'ils aboutissent, la solution viendra d'elle-même. Le médecin français est un aboulique qui fait tout ce que veut le gouvernement.

***

Dans mes pérégrinations j'ai rencontré un certain nombre de gens employant ou ayant employé l'Eau de Vals. Tous ignoraient la marque » La Reine ». Je veux bien croire qu'il n'y a eu là qu'un hasard, mais je pensais les membres du Patronage assez convaincus pour avoir déjà fait connaître dans le public cette marque d'un emploi courant.

Il est vrai que ce ne sont pas les médecins qui vendent l'eau, ils la prescrivent et ce sont les pharmaciens qui sont censés *devoir* la délivrer. » Exigez la marque ! » nous crie le *Concours* ; mais beaucoup des confrères qui mangent du pharmacien au besoin, ne poussent pas la volonté jusque là !

No 49. 9 décembre 1906. — On revise les statuts du Patronage. Il me semble que l'on publie les nouveaux. Je n'y vois pas l'obligation d'être abonné au journal. Cela existait-il ou l'ai-je rêvé ? Dans l'article du journal qui contient les nouveaux statuts on parle bien des 300 fr. à donner aux veuves, mais dans le texte de ceux-ci il n'en est pas question. Ce don n'est-il plus obligatoire ?

A l'article 9 je vois écrit: Nul ne pourra devenir propriétaire de parts s'il n'est médecin pratiquant. Et la preuve de la pratique sera la patente. Cela est-il toujours bien adéquat ? Et si le médecin cesse de pratiquer, que lui fera-t-on ? Il y a quelques années, un de mes confrères qui me voulait du bien me conseilla de prendre une part dans la Société de la rue Choron. Je fis venir les statuts et j'y découvris que tout membre qui cessait de pratiquer perdait ses droits. Quand? A quel âge ? On ne le disait pas. Mais cela suffit pour m'empêcher d'adhérer à cette société. Si le Patronage veut imiter cette manière d'agir, je crois qu'il aurait intérêt à le faire d'une facon très claire. Enfin au moment de fermer le journal, je m'apercois que cette séance de révision porte la date du 18 novembre 1902. Je n'y comprends plus rien (1).

A la fin de l'année dernière, j'ai demandé les statuts de l'Association générale. On me les a fait aimablement envoyer avec le bilan de cette société. J'y ai vu que les *secours* que cette compagnie si puissante accorde à ceux de ses membres qui sont dans le besoin ne dépassent pas souvent 150 ou 200 francs (2). C'est toujours cela évidemment, mais ces secours qui seraient suffisants pour un ouvrier ou un petit employé le seraient-ils pour un médecin auquel survient une catastrophe ? J'en ai eu l'impression que cette société n'était pas aussi florissante que l'on veut

(1) N. D. L. R. — Vérification faite le journal porte bien 1906. La clause d'obligation de l'abonnement a bien été supprimée. Les 300 fr. d'indemnité aux veuves furent toujours facultatifs et non statutaires.

(2) Mais il est donné autant par la Société départementale. Puis notre confrère, qui a décidément lu trop vite, oublie les 80,000 francs de pensions annuelles

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

—

Dr B. à P., A. à *Concours*. — Voulez-vous me renseigner sur le point suivant :

Le 4 juillet dernier, j'ai reçu de la mère d'un blessé auquel je donne mes soins un bulletin ainsi conçu :

« Bulletin à adresser au médecin.

« Le Dr B. demeurant à P. est informé que le sieur B. demeurant à P. au service de MM. assurés à « Le P., a été atteint, le 4 juillet 1907 d'une chute sur le côté. Signature de l'assuré ».

Ce fait d'avoir reçu ce bulletin des patrons associés peut-il m'autoriser à croire que j'ai été choisi par les patrons et me permettre d'établir ma note sur le tarif local ? Ou bien ce bulletin est-il sans valeur, et alors dois-je compter d'après le tarif officiel, mes visites à 2 fr. au lieu de 3 fr. prix des visites établi par le Syndicat de P. Je vous ajouterai que les patrons ne sont pas mes clients et que le blessé n'avait jamais reçu mes soins avant son accident.

R. — Etablissez votre note d'honoraires conformément au tarif ouvrier. Il a été jugé maintes fois et encore récemment par le Juge de paix de Bléré (voir notre n° du 7 juillet dernier) que le bulletin d'appel engage le patron qui l'a signé envers le médecin.

Dr B... au V..., à *Concours*.

Oui ou non, les mairies ont-elles le droit de retenir le certificat initial d'accident de travail ? Dans ce cas, comme il en faut nécessairement un au patron pour son assurance, que faut-il faire, car vous n'admettez pas que nous donnions 2 certificats pour 2 francs, n'est-ce pas ?

Réponse. — 1° Oui, les mairies ont le droit et l'*obligation* de retenir le certificat initial d'accident du travail, qu'elles doivent remettre au juge de paix. (Art. 12 : loi accidents), mais elles doivent en remettre un récépissé à la personne qui le dépose à la mairie. (Art. 11, paragraphe IV). Rien n'oblige le médecin à donner copie de ce certificat soit au

Suite page V.

manifestent très rarement pendant la compression. Le plus souvent, dans ce cas, ils sont légers et sans conséquence. Ce sont surtout des vertiges, une sensation désagréable de serrement de tête avec céphalée, dureté de l'ouïe, bourdonnements d'oreilles. Les douleurs auriculaires sont parfois intenses. Elles tiennent à la différence de pression de chaque côté du tympan qui se trouve refoulé vers l'oreille moyenne. Nous avons observé, surtout en hiver, où les coryzas avec catarrhe de la trompe d'Eustache sont fréquents, quelques perforations du tympan.

Lorsque les phénomènes de compression sont peu intenses, ils disparaissent par la petite manœuvre suivante, très connue des tubistes : déglutir de l'air et souffler en gonflant les joues et en obturant les narines (manœuvre de Valsalva).

A la période de compression, on note encore une certaine gêne thoracique et une rétraction de l'abdomen souvent assez marquée pour que les ouvriers soient forcés de resserrer la ceinture du pantalon.

En général, pendant le travail à l'air comprimé, aucun symptôme ne se manifeste. Bien plus, il arrive souvent que les phénomènes douloureux, dans les jambes et dans les bras survenus à la sortie du poste précédent, disparaissent complètement lorsque le sujet est de nouveau soumis à l'air comprimé dans la chambre de travail. Ainsi nous avons observé ce fait à plusieurs reprises, lorsque la pression était au voisinage de deux atmosphères, que des ouvriers arrivaient sur le chantier se plaignant de douleurs dans les jambes et s'appuyant sur une canne pour marcher ; une fois dans la chambre de travail, ils faisaient leurs huit heures sans rien ressentir. La compression faisait disparaître ce que la décompression avait provoqué.

Un symptôme souvent observé pendant le travail à l'air comprimé, c'est la dureté de l'ouïe.

Quelquefois cependant, c'est au cours même de leur travail que les sujets sont atteints de troubles paraplégiques. « Il est probable, dit M. Carnot, que ces accidents proviennent de dénivellations manométriques, dues aux fuites ou « renards » qui se produisent dans certains sols ». Ce que nous avons observé nous permettrait presque de l'affirmer, et dans ce cas, ce sont des accidents de décompression qui peuvent s'expliquer par le mécanisme suivant : Lorsque le caisson a atteint une certaine profondeur, son poids ne suffit plus à lutter contre la pression de l'air comprimé qui tend à le soulever. Pour aider à sa descente, pour qu'il s'enfonce dans le sol, qu'il y adhère et ne remonte pas, il faut diminuer la pression qui tend à le soulever. Le résultat n'est pas toujours obtenu à la première tentative. Il est nécessaire de répéter la manœuvre à plusieurs reprises. Ce sont précisément ces changements brusques de pression atmosphérique qui incommodent les ouvriers.

Les accidents observés pendant la période de décompression sont plus intenses. Tout d'abord, ce sont des épistaxis et des perforations du tympan. La décompression amène encore un notable abaissement de la température, qui prédispose les ouvriers en sueur aux congestions pulmonai-

---

bien le dire et je me demande si le *Concours* a eu raison de lier partie avec elle. Je serais heureux que l'on me détrompe et, avec moi, ceux qui, sans rien dire ont peut-être pensé de même.

A propos de la réforme des études médicales, chacun donne son avis. Voici le mien sur le recrutement des professeurs.

Ces messieurs passent toute leur vie dans une même ville. En Allemagne, ils changent de temps en temps de résidence. Je crois qu'il ne serait pas mauvais de leur appliquer ce système en France. Donc quand une chaire, mettons de clinique interne, deviendrait vacante, tous les professeurs de médecine de France seraient invités à élire un professeur de clinique interne. Celui-ci élu, la chaire vacante serait accordée au plus ancien des professeurs qui l'auraient postulée. Les mutations ainsi provoquées étant terminées, le nouvel élu s'en irait occuper la dernière chaire que ses nouveaux collègues lui auraient laissée. De la sorte la faveur et les intrigues auraient moins de poids dans les nominations au professorat et les agrégés empêchés d'arriver professeurs par des titulaires encore jeunes, ne perdraient pas l'espoir d'obtenir le titre qu'ils ambitionnent.

De temps en temps, certains confrères réclament le partage de toutes les fonctions administratives médicales entre tous les médecins d'une région *sans distinction d'opinions politiques*. Ils ont tort. Le gouvernement a le droit, les titres de savoir exigés, de prendre qui il veut pour le servir. Le gouvernement, quel que soit le parti qu'il représente, a le droit de ne pas se contenter seulement de l'indifférence de ses employés lorsqu'il organise sa propre défense. D'ailleurs observer l'indifférence ou la neutralité absolues est chose impossible.

Dans certaines localités, donner une poignée de main à un homme en vue est manifester, et souvent ne pas manifester est une façon très nette de manifester.

—

1907, N° 6, page 180. — On ergote encore une fois sur l'inutilité des médecins assermentés. La solution de la question me paraît simple : L'Administration n'aurait qu'à accepter les certificats de tous les médecins. Lorsqu'elle s'apercevrait, et elle s'en apercevrait vite, grâce à toutes les délations inévitables, qu'un de nos confrères aurait délivré un certificat de complaisance, elle le poursuivrait et un jugement fondé sur une loi facile à établir et assimilant l'ignorance à la complaisance, suspendrait de l'exercice de sa profession le dit confrère pour un ou plusieurs mois. Je crois qu'ensuite les certificats de complaisance seraient plutôt rares.

—

Pour finir : Avis aux médecins qui cherchent un endroit où pouvoir gagner leur vie et des rentes. Dans l'Indo-Chine française on peut très bien ne pas débuter à moins de neuf mille et les postes de vingt mille ne sont pas rares. Ces postes-là permettent de mettre quinze mille de côté. Dans les villes importantes, les recettes de certains médecins ne tombent pas au-dessous de trente mille. Ne pas s'effrayer du climat et s'adresser au ministère des colonies qui tous les trois ans vous paie un petit séjour de six mois en France.

A vous cordialement,

Dr A. B.

res, bronchites et pleurésies. Il est facile d'éviter cet inconvénient.

L'heure d'apparition du coup de pression varie de 1/4 d'heure à 2 heures après la sortie du caisson ; rarement, pour ne pas dire jamais, plus tard.

Les douleurs qui surviennent dans les membres, soit inférieurs, soit supérieurs, constituent le symptôme le plus fréquent. Elles apparaissent brusquement, ne s'accompagnent d'aucun trouble de la motilité, car, si elles empêchent la station debout, elles permettent au sujet de soulever ses jambes au-dessus du lit et de les remuer. La sensibilité au toucher est intacte, mais la pression, la palpation même est douloureuse ; les réflexes sont normaux. Dans quelques cas, ces douleurs sont atroces, arrachant des cris au malade, empêchant le sommeil pendant 24 ou 48 heures. Nous avons vu un ouvrier à qui trois piqûres de morphine furent nécessaires en 24 heures. Ces douleurs, les malades les comparent à des crampes, des sensations de tiraillement des nerfs, de broiement des os. Elles sont continues, exagérées par les mouvements, le contact même d'une couverture ou la chaleur du lit, et le malade se trouve mieux étendu à terre dans sa chambre, que couché dans son lit. On ne constate aucune rougeur, aucun gonflement, aucune déformation, aucune suffusion sanguine, aucun épanchement articulaire.

Les deux jambes sont prises ensemble ou une seule est atteinte. Dans ce dernier cas, nous avons essayé de savoir si les douleurs frappaient de préférence la cuisse sur laquelle l'ouvrier appuie le manche de sa pelle et, lorsque son bras était atteint, s'il s'agissait surtout du bras droit chez les droitiers ou du gauche chez les gauchers. Rien d'absolu à ce point de vue. Le membre le plus actif n'est pas toujours celui frappé. Déjà Houdeville avait remarqué que les jambes étaient prises, alors que les bras seuls avaient travaillé ou bien que les surveillants mêmes étaient atteints.

Souvent ces douleurs de membres n'atteignent pas une telle intensité. Ce sont des crampes, l'impossibilité de faire un effort musculaire, ou de se tenir debout.

En général, ces douleurs, quel que soit leur siège, quelle que soit leur intensité, durent deux ou trois jours et disparaissent progressivement. Souvent même, elles s'en vont aussi brusquement qu'elles sont venues. Lorsqu'elles ont été très violentes, elles laissent après elles, dans les jours qui suivent, un peu d'engourdissement, de faiblesse, de difficulté à marcher.

Ces douleurs disparaissent habituellement au bout de 8 à 9 jours au plus. M. Berruyer n'a pas observé de lésions cérébrales, d'aphasie, de surdité verbale, mais un cas de perte de connaissance avec paraplégie et troubles des sphincters, qui dura 8 jours.

M. Berruyer a vu aussi des troubles gastro-intestinaux, vomissements alimentaires, bilieux ou même hémorrhagiques ; enfin, des phénomènes de dyspnée angoissante avec hémoptysies, et de l'arythmie cardiaque passagère. Il n'a jamais observé de mort subite.

En résumé, le « coup de pression » représente en général le premier degré de gravité des accidents de l'air comprimé.

Le diagnostic en est assez souvent difficile.

Les troubles observés sont imputables à la décompression ou dus en partie à l'hystérie.

L'évolution du coup de pression dépasse rarement 15 ou 20 jours, sauf pour les cas très graves.

Ce n'est que très exceptionnellement que le coup de pression détermine des troubles durables puisque, sur les nombreux cas que nous avons observés, aucun expert n'a reconnu d'incapacité permanente importante.

Procédés médico-pédagogiques applicables aux enfants indisciplinés

D'après M. Bérillon la suggestibilité, la réceptivité aux idées ambiantes sont le propre de l'enfance. Les idées bonnes et les idées mauvaises y trouvent donc un terrain également favorable. Il faut par conséquent convenir que les suggestions de l'entourage joueront un rôle prépondérant dans la formation du caractère de l'enfant.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant indocile, se montrant rétif, porté à la désobéissance, on doit se demander si ces dispositions d'esprit ne résultent pas d'une mauvaise influence qui aura été exercée sur son esprit. Comme l'a dit justement J.-Jacques Rousseau, le caprice des enfants n'est jamais l'ouvrage de la nature, mais celui d'une mauvaise discipline.

Cela est vrai non seulement pour les enfants dont la tendance à l'indiscipline a son point de départ dans une mauvaise éducation, mais même pour ceux dont l'impulsivité est symptomatique d'une névrose. Chez les enfants atteints d'hystérie, d'épilepsie, de chorée et même de dégénérescence mentale, l'indocilité peut toujours être rattachée à des vices de l'éducation. En effet, l'éducation doit être d'autant plus ferme que les dispositions de l'enfant à l'impulsivité sont plus apparentes. C'est généralement le contraire qui arrive.

Quand l'indocilité est confirmée, quand l'enfant se montre véritablement réfractaire à la direction familiale ou scolaire, il convient, pour le transformer, de recourir à des procédés médico-pédagogiques, au premier rang desquels il faut placer la suggestion hypnotique. Par elle, dans l'état d'hypnose, il devient possible de cultiver le reflexe de l'obéissance qui par beaucoup d'aspects présente des analogies frappantes avec le reflexe de la suggestibilité que nous avons précédemment étudié. Il est même très remarquable d'observer avec quelle intensité le reflexe d'obéissance se manifeste dans l'état d'hypnotisme chez des sujets qui à l'état de veille en paraissaient dépourvus. A la culture du réflexe de l'obéissance, il convient d'ajouter d'autres interventions suggestives. En particulier il faudra, par des suggestions appropriées, modifier les dispositions à la vanité ou à un certain égoïsme dans lesquels l'indocilité trouve son principal fondement.

(Soc. d'hypnologie et de psychologie).

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PÉDIATRIE

Les diarrhées infantiles et leur traitement

Les nécessités d'un développement rapide rendent chez l'enfant du premier âge le besoin de nourriture impérieux et, d'autre part, son appareil digestif, à peine ébauché, est d'une extrême susceptibilité. Il lui faut donc un aliment spécial, d'une digestion facile et rapide, qu il prendra à intervalles rapprochés.

Cet aliment, c'est le lait de la mère, toujours prêt lorsque l'enfant réclame, toujours dans les conditions requises, toujours identique à lui-même, et cependant subissant lui aussi progressivement les modifications de quantité et de qualité que réclament, à mesure qu'il grandit, les besoins plus grands de l'enfant et sa puissance digestive plus intense.

Le lait de la mère devrait donc être la nourriture exclusive de l'enfant.

Mais bien des causes peuvent s'opposer à l'allaitement prolongé, peuvent même empêcher cet allaitement et il n'est pas toujours possible de donner à l'enfant une nourrice : il faut donc alors user de moyens artificiels, et donner des aliments de digestion plus difficile. Les soupes, le lait de vache même que l'enfant, à un moment donné, digérera très facilement, il ne peut les supporter dans les premiers mois de la vie ; en dépit des soins les plus attentifs, des précautions les plus minutieuses, les indigestions se produiront et avec elles ces inflammations gastro-intestinales qui, dans les mois d'été surtout, font tant de victimes dans la population infantile.

Et ces précautions elles-mêmes sont-elles toujours prises ? Sans parler de nombre de mères, obtiendra-t-on d'une nourrice de campagne qu'elle proportionne toujours d'une manière rigoureuse la nature et la qualité de l'alimentation a l'âge de l'enfant ?

Ce n'est pas tout encore : le lait, l'eau qu'on y mêle peuvent servir de véhicules à des micro-organismes infectieux ; le biberon, les tubes que devra traverser le liquide pour arriver à la bouche de l'enfant, malgré des soins de propreté relative, peuvent être le siège du développement de ces micro-organismes. Et trop souvent les soins d'une propreté élémentaire font défaut !

Rien n'est donc plus difficile que d'approprier cette nourriture artificielle aux besoins de l'enfant, que d'empêcher qu'elle ne devienne pour lui un poison éventuel, source de ces diarrhées infectieuses si fréquentes et si rebelles.

Mais en dépit de ces vérités hygiéniques, l'élevage artificiel continuera à être en faveur, les biberons resteront plus ou moins sales, les enfants recevront la nourriture la plus irrationnelle et la plus dangereuse... et les gastro-entérites continueront à sévir et à multiplier leurs victimes.

La suralimentation sous ses diverses formes et l'infection microbienne étant les causes tantôt isolées, tantôt réunies des affections observées, nous estimons que la meilleure méthode de traitement consiste dans l'association de la diète hydrique à la médication alcaline légère. La diète hydrique agit comme tempérant, elle calme la soif inextinguible des petits malades, elle diminue la longueur du séjour dans l'intestin de liquides irritants et septiques. Les alcalins, de leur côté empêchent l'altération du lait et la pullulation microbiennne aussi bien dans les biberons que dans l'intestin des enfants ; ils neutralisent l'acidité anormale de la salive et des liquides intestinaux ; ils exercent sur la sécrétion biliaire une influence favorable mais il ne faut pas qu'ils soient administrés à doses élevées sous peine de suralcaliniser le lait et de dépasser les effets thérapeutiques qu'on en peut attendre.

Ces conditions de mesure se trouvent remplies de la manière la plus heureuse par l'emploi de l'eau minérale naturelle la Reine de Vals.

La Reine de Vals est exempte de tout microbe infectieux, ce qui la rend éminemment propre à la diète hydrique. Elle est assez alcaline pour neutraliser les acides morbides et empêcher le lait d'aigrir ; elle ne l'est pas assez pour entraver l'action du suc gastrique. Elle est légèrement gazeuse, ce qui la rend plus légère et la fait mieux tolérer ; elle ne l'est pas assez pour qu'on ait à redouter coliques et météorisme. Qu'on la donne à un enfant dont le tube digestif est en feu auquel des pertes incessantes de liquides ont donné une soif intense, il la boira avec avidité — la chose a son importance, elle aussi.

Mais il est indispensable que l'eau de la Reine soit administrée d'une manière méthodique si l'on veut éviter des échecs que seuls provoquerait une administration défectueuse.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut d'abord *supprimer absolument* le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant : eau de gruau, eau de pain, etc. (1). Il faut encore nettoyer à fond le biberon qui, naturellement, ne comportera plus de tuyau en caoutchouc. On donnera alors, l'Eau de la Reine, *froide, pure sans addition aucune.* La quantité variera selon l'âge de l'enfant : quart, tiers de biberon, moitié même ; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse à sa disposition un biberon à tube rempli d'eau.

Après un intervalle de temps convenable (une heure ou deux, suivant le cas) on réitère, puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat: dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie et jamais la seconde ne l'est.

D'ores et déjà la situation est singulièrement simplifiée : l'intolérance de l'estomac est supprimée et un calme général se produit. On serait tenté volontiers de reprendre l'alimentation de l'enfant, mais il faut attendre encore et continuer l'eau pure jusqu'à ce que son action ait été plus

(1) En dépit de l'opinion de ceux qui veulent rajeunir des vieilleries, nous persistons à penser que la suppression de ces liquides est pour des jeunes enfants d'une nécessité absolue.

profonde. L'état du petit malade donne les indications nécessaires.

Quand le moment de reprendre le lait est arrivé, il faut ne le faire qu'avec une prudence extrême et passer d'une manière pour ainsi dire insensible de l'Eau de Vals pure à un mélange suffisamment nutritif.

Après un nombre variable de doses d'eau pure bien supportées, on peut reprendre le lait de la manière suivante ; dans la quantité d'eau de la Reine adoptée (quart, tiers ou moitié de biberon) on met une cuillerée à bouche de lait — c'est presque de l'eau pure, le mélange est donc bien supporté. La fois suivante, toujours dans la même quantité d'eau de Vals, on met deux cuillerées de lait — le mélange peu différent du précédent passe encore. La fois suivante, on met trois cuillerées de lait et ainsi de suite en augmentant, à chaque fois, d'une cuillerée de lait dans la quantité d'eau de Vals invariable jusqu'à ce qu'on arrive à un mélange par moitié, proportion qu'il est utile de maintenir pendant un certain temps.

L'emploi du lait stérilisé n'apporte pas de modification sensible dans cette manière de faire ; on en est quitte pour mettre moins de lait dans les flacons à stériliser, ouvrir un flacon à chaque fois et procéder au mélange comme avec le lait ordinaire.

Dans les cas mêmes où l'on croit devoir recourir à l'usage du lait concentré, qui parfois réussit où le lait stérilisé échoue, il est facile de délayer ce lait concentré dans l'eau de Vals.

Mais il demeure entendu que la diète hydrique, par l'eau de la Reine pure, doit toujours précéder toute tentative d'alimentation ultérieure.

Il est fort rare qu'avec cette manière de procéder les vomissements reviennent; si par hasard ils réapparaissaient, il conviendrait de supprimer à nouveau le lait, de donner l'Eau de la Reine pure et de reprendre la méthode en son entier.

En même temps que les vomissements disparaissent, la diarrhée se modifie : l'odeur et la réaction des selles changent rapidement, leur couleur devient plus normale, elles prennent peu à peu un caractère franchement muqueux. L'affection est alors devenue relativement bénigne ; elle disparaît souvent d'elle-même ou, si elle se prolonge, elle devient facilement justiciable d'une potion au bismuth.

En résumé, l'action de l'Eau de la Reine est d'abord tempérante, puis substitutive. Ajoutons qu'en aucun cas elle ne peut être nuisible et qu'elle n'empêche l'usage d'aucun médicament, pas même de l'acide lactique si son indication spéciale se rencontre.

L'usage de l'eau de la Reine n'est pas seulement curatif, c'est encore un des meilleurs moyens préventifs contre la diarrhée, et le nombre est nombreux, des mères qui, par précaution, au moment des chaleurs, coupent le lait de leurs enfants avec une quantité d'eau plus ou moins grande.

De même, chez les enfants affaiblis par la maladie, alors que les symptômes dangereux auront été conjurés, il pourra être utile de continuer l'usage de la Reine.

Mais ce qu'il faut éviter, c'est que la bouteille d'eau de Vals reste débouchée pendant un temps plus ou moins long, qu'elle soit mal bouchée, qu'elle reste exposée à la chaleur. Il est facile de tenir la bouteille renversée dans un pot et de la laisser séjourner à la cave ; de cette façon elle conserve ses qualités jusqu'à la fin de la bouteille.

Ce qu'il faut éviter bien davantage encore, c'est qu'on se serve d'eau conservée en vidange depuis un temps plus ou moins long, des semaines, des mois, parfois même une année ?

Quelque invraisemblables que puissent paraître de semblables causes d'insuccès, elles existent et le médecin doit se tenir en garde contre elles.

Chez les enfants élevés au sein, les vomissements et la diarrhée sont plus rares : on les voit pourtant survenir à la suite d'indigestions répétées, les mères n'apportant aucune régularité dans les tétées et laissant généralement l'enfant absorber une quantité de lait trop considérable.

La première chose à faire en pareil cas, est de modifier l'hygiène défectueuse ; mais l'Eau de la Reine peut encore se montrer très utile ; on la donne alors par cuillerées avant chaque tétée pour faciliter la digestion.

Si les vomissements continuent, on cesse le lait pour donner l'Eau de Vals pure et on reprendra, après leur disparition, l'alimentation au sein d'une manière méthodique.

L'administration de l'eau est alors plus difficile qu'avec le biberon, mais les résultats qu'elle donne sont encore excellents.

Ce traitement des diarrhées infantiles par la Reine de Vals n'est plus une nouveauté : préconisé, il y a vingt cinq ans environ, il a été accueilli avec la faveur la plus marquée par le corps médical, et une expérimentation prolongée n'a fait que confirmer sa valeur.

Si nous avons cru devoir le rappeler au moment où les diarrhées infantiles vont redevenir la maladie saisonnière prédominante, c'est que les communications faites aux sociétés savantes ou les articles parus dans la presse médicale le laissent vraiment un peu trop dans l'ombre.

Nous ne voulons certes pas dire que les moyens qu'on préconise ne donnent pas de résultats — mais nous ne pouvons pas non plus ne pas nous étonner qu'on fasse le silence sur un traitement qui, à lui seul, a donné plus de succès que tous les autres réunis. A. G.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement de l'incontinence d'urine idiopathique par la méthode des injections d'après Jaboulay.

Jaboulay pense que l'incontinence d'urine est le résultat d'une lésion, ou mieux — d'un trouble fonctionnel du sympathique hypogastrique ; aussi a-t-il cherché à influencer favorablement cette affection au moyen d'injections rétro-rectales de solution saline physiologique (jusqu'à 200 centimètres cubes). Dans ce but il enfonce l'aiguille d'une seringue au niveau de la région retro-rectale, en avant du coccyx, — un doigt introduit dans le rectum protège cet organe contre toute blessure.

De Arresse vient d'essayer cette méthode chez trois garçons âgés de 7 à 15 ans. Chez le premier sujet qui souvent plusieurs fois dans la nuit souillait ses draps, une seule injection de 100 centimètres cubes a suffi pour faire disparaître cette infir-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

patron soit à la Compagnie d'assurances. Toutefois, si le patron ou la Compagnie prennent L'ENGAGEMENT ÉCRIT de payer cette copie à un prix convenu, le médecin pourra (et afin de ne pas violer le secret professionnel) laisser *au blessé* copie de ce certificat qu'il pourra, lui blessé, transmettre au patron ou à la Compagnie.

2° Dans la pratique, ce qu'il y a de mieux à faire, dans l'intérêt légitime de l'ouvrier, c'est de remettre le certificat au blessé en lui disant de déposer ou de faire déposer par un de ses parents le certificat à la mairie, en échange du récépissé qui lui est dû.

Dr L. à « Sou médical. » — Je donne mes soins depuis 4 ans à un homme, cardiaque, représentant une compagnie qu'on appelle la « C. » Cet homme, qui a de l'argent et des titres entre les mains, vit avec une femme avec laquelle je le croyais marié.

Or j'apprends que, s'il est marié, cet homme est séparé de biens d'avec sa femme qui est sans doute sa concubine.

Mais cette femme vivait avec lui comme une femme légitime, c'est elle qui lui a toujours donné ses soins, c'est elle qui me demandait et je lui ai donné quelques soins à elle-même.

Le loyer est au nom de la femme : elle représente cette compagnie la « C. » ; et la représentation est au nom de la femme.

Puis-je espérer prendre un jugement contre la femme solidairement avec le mari qui évidemment est une espèce d'escroc.

Existe-t-il des jugements condamnant les pseudo-époux à être solidaires dans ces cas.

Mon avoué me dit que non ; mais je me souviens avoir lu dans le *Concours* des jugements contraires.

Veuillez me donner votre avis ; et, s'il y a lieu, une consultation de M. Gâtineau.

Réponse. — L'art. 1448 du Code civil édicte que, en cas de séparation de biens « la femme doit supporter entièrement les frais du ménage, s'il ne reste rien au mari ». Les soins

Suite page X

mité durant un mois ; celle-ci n'a d'ailleurs reparu que trois ou quatre fois dans les quatre mois suivants.

Chez le deuxième malade quatre injections de 80 à 130 cent. cubes ont été faites en l'espace de quatre semaines, et chaque fois lorsqu'une nouvelle émission nocturne d'urines s'était produite ; depuis la quatrième injection, faite il y a deux mois, cette infirmité a complètement disparu.

La troisième observation se rapporte à un enfant, devenu sourd-muet après une méningite ; chez ce malade des brides fibreuses unissant le prépuce au gland pouvaient être considérées comme une cause locale de l'affection ; mais leur incision ne fit pas cesser l'incontinence ; après trois injections, celle-ci a disparu complètement depuis six semaines.

De Arresse ne croit pas ses malades définitivement guéris ; néanmoins les résultats symptomatiques de cette méthode, dit-il, peuvent être comparés à ceux que l'on obtient avec les autres méthodes, et l'amélioration acquise peut mener à la guérison.

Sur le vaginisme

Le traitement du vaginisme doit varier suivant l'étiologie du mal. S'il masque une autre affection c'est celle-ci qu'il faut traiter en premier lieu.

Avant tout on luttera contre les états inflammatoires des organes génitaux, au moyen de compresses imbibées d'eau blanche à l'état tiède. Dans les cas rebelles il sera souvent très avantageux de cautériser énergiquement au crayon de nitrate d'argent l'orifice vaginal. S'il existe une fissure, elle sera touchée au thermocautère sans anesthésie.

Les anciens narcotiques (opium, belladone), administrés en lavements, ont été remplacés par la cocaïne : on badigeonne l'orifice avec une solution à 4 % ; au bout d'une demi-heure l'hypéresthésie a complètement disparu.

Hartmann recommande aussi les injections vaginales, faites avec le mélange suivant :

Borax..	15 grammes
Hydrate de chloral...	3 grammes
Eau distillée.........	250 grammes.

Il administre en même temps du bromure de potassium.

Le courant galvanique, préconisé par Lower, n'a pas donné les résultats attendus.

Les bains complets, et d'une façon générale l'hydrothérapie, sont indiqués chez les hystériques.

Pour la dilatation méthodique, de l'orifice vaginal, on emploie des speculums de différentes tailles, que l'on introduit après un badigeonnage à la cocaïne (2 à 10 %), et qu'on laisse en place pendant un espace de temps, variant de quelques minutes à une heure.

Huppert a obtenu de bons résultats au moyen du ballon, qui sert en obstétrique à la dilatation de l'utérus ; il ne connaît pas de récidives.

Hegar, Schauta et Fritsch considèrent toute opération sanglante (excision de l'hymen) comme inutile : ils recommandent la dilatation manuelle, faite sous l'anesthésie. Dr G.

CHRONIQUE DE MÉDECINE SOCIALE

La médecine légale des accidents du travail (*Suite.* Voir les nos 28 et 29 du *Concours Médical*).

Par le Dr Ch. Diverneresse (de Saint-Mandé).

TABLEAU DE QUELQUES JUGEMENTS RELATIFS AUX RÉDUCTIONS D'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE,

pouvant servir par comparaison pour l'appréciation de l'incapacité d'un cas particulier soumis à l'appréciation d'un médecin ou d'un expert.

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
DOIGTS DE LA MAIN DROITE				
Ankylose de l'auriculaire et grave écorchure de l'annulaire (modeleur) (Même salaire)................	Montluçon, 18 mai 1900.	»	0 %	0 %
Ecrasement partiel du médius et de l'annulaire (ajusteur)	Lyon, 24 février 1900.	1.050	37.50 %	18.75 % = 197 »
Ankylose de l'index et perte de la 2e phalange (raboteur) (même salaire)............................	Nancy, 9 mars 1900.	»	0 %	0 %
Amputation partielle du médius et de l'annulaire (contremaître d'entrepreneur)..................	Nancy, 2 juillet 1900.	2.400 »	10 %	5 % = 120 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Amputation partielle du médius et de l'index (garde-moulin)	Bourg, 8 août 1900.	951 »	20 %	10 % = 95.10
Amputation de l'auriculaire et perte partielle de l'annulaire (scieur)	C. de Besançon, 14 février 1900.	1.368 »	33.32 %	16.66 % = 228 »
Amputation des 2 doigts (estampeur).............	Seine, 7 avril 1900.	2.490 »	34.80 %	17.40 % = 435 »
Amputation partielle de l'index et du médius (scieur)..	St-Omer, 8 février 1900.	600 »	33.33 %	16.66 % = 100 »
Perte du pouce et de l'index (batteuse)............	C. de Bourges, 27 février 1900.	1.000 »	50 %	25 % = 250 »
Ankylose de 3 doigts gauches avec perte antérieure de la main droite (débourreur de filature)........	Lille, 17 déc. 1900.	1.060 »	60 %	30 % = 318 »
Amputation partielle du médius gauche. Ecrasement de l'extrémité et chute des ongles de l'indicateur et de l'annulaire (ouvrier).......................	Seine, 19 nov. 1900.	1.980 »	33.32 %	16.66 % = 330 »
Amputation partielle des trois premiers doigts gauches (ouvrier d'atelier)	Vervins, 5 janvier 1900.	525 »	10.18 %	5.09 % = 26.75
Ablation des 2 phalanges de l'index et du médius gauches avec ankylose des articulations du pouce, flexion conservée (déchargeur)..................	Toulouse, 29 déc. 1899.	936 »	30 %	15 % = 140.40
Amputation partielle du pouce, du médius et de l'auriculaire (meule à broyer la tuile)..............	Neufchâteau, 23 nov. 1899.	732 »	49.86 %	24.93 % = 182.50
Mouvement de préhension presque supprimé, le pouce et l'auriculaire restant seuls valides (manœuvre)..	Bordeaux, 6 mai 1901.	1.320 »	33.33 %	16.66 % = 220 »
Perte de 2 doigts gauches avec incapacité du médius (scieur)	Laon, 22 mai 1900.	1.350 »	30 %	15 % = 202.60
Perte partielle du médius et de l'index. Déformation de l'extrémité de l'annulaire, atrophie et ankylose (ouvrier industriel)........	St-Amand, 27 déc. 1900.	991.25	30.76 %	15.38 % = 152.50
Amputation partielle de 3 doigts gauches (scieur)..	Pontoise, 14 nov. 1900.	1.800 »	16.66 %	8.33 % = 150 »
Privation de l'usage des 3 doigts gauches (scieur)....	Arras, 19 déc. 1900.	900 »	66.66 %	33.33 % = 300 »
Perte complète des 3 derniers doigts gauches (scieur)	Vannes, 2 novemb. 1900.	730 »	50 %	25 % = 182.50
Amputation des index, médius, annulaire gauches (ouvrier d'atelier)............................	Lille, 3 mars 1900.	1.887.60	26.40 %	13.20 % = 250 »
Réduction des doigts gauches au pouce et à l'index avec ankylose des jointures (ouvrier)..............	Nevers, 14 mai 1900.	1.792.90	60 %	30 % = 537.8
Amputation des 4 doigts (ouvrier)...............	Valenciennes, 21 février 1900.	1.469 75	30.60 %	15.30 % = 225 »
Amputation des 4 doigts (ouvrier de la Société des glaces d'Aniche)......	Douai, 21 février 1900.	1.468 75	30.32 %	15.31 % = 225 »
Amputation des 4 doigts (ouvrière découpeuse).....	Lorient, 17 juillet 1900.	1.050 »	60 %	30 % = 315 »
Raideur et gêne dans le mouvement des doigts gauches (ouvrier)................................	Nantua, 24 août 1900.	1.425 »	25 %	12.50 % = 178.12
Amputation de l'index gauche, gêne sensible de la préhension avec les 4 autres doigts (mécanicien)......	Ambert, 5 juin 1900.	1.895 »	42.10 %	21.05 % = 399 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
DOIGTS DE LA MAIN DROITE				
Amputation de l'auriculaire (ouvrier)............	Cour de Rouen, 8 août 1900.	1.095 »	27.38 %	13.69 % = 150 »
Amputation partielle de l'annulaire (conducteur de machine)	Cour de Paris, 4 août 1900.	2.400 »	10 %	5 % = 120 »
Amputation partielle de l'annulaire (ouvrier).......	Seine, 7 juillet 1900.	2.000 »	12 %	6 % = 120 »
Amputation partielle du médius (emballeur)........	Boulogne-s-Mer, 4 avril 1901.	1.300 »	1 %	0.50 % = 6.50
Amputation partielle du médius (ouvrier de fabrique de ciment)................................	Seine, 7 juillet 1900.	1.800 »	6 %	3 % = 54 »
Amputation partielle du médius (ouvrier d'usine)...	Sarlat, 12 déc. 1900.	900 »	10 %	5 % = 45 »
Amputation partielle du médius (ouvrier).........	Lille, 25 mai 1900.	975 »	3.08 %	1.54 % = 15 »
Ecrasement du médius (manœuvre)..............	Marseille, 18 juin 1901.	1.800 »	8.20 %	4.10 % = 75 »
Arrachement du médius (décolleteur)............	Lyon, 7 juillet 1900.	1.500 »	12 %	6 % = 90 »
Impossibilité de flexion complète des phalanges de l'index (plombier)........................	Narbonne, 17 juillet 1900.	1.500 »	20 %	10 % = 150 »
Perte de la dernière phalange de l'index (tourneur mécanicien)	Lille, 28 juin 1900.	1.600 »	10 %	5 % = 80 »
Perte partielle de l'index avec conservation de la préhension (brocheur)	Nancy, 30 octobre 1900.	1.275 »	20 %	10 % = 127.50
Amputation partielle de l'index (ouvrier)..........	Corbeil, 2 août 1900.	1.800 »	33.32 %	16.66 % = 300 »
Amputation partielle de l'index (teinturier).........	Villefr-s.-Saône, 13 juillet 1900.	1.106 »	10 %	5 % = 55.30
Ablation complète de l'index (ouvrier)............	C. de Besançon, 8 août 1900.	1.275 »	20 %	10 % = 127.50
Ablation complète de l'index (nettoyeur de machine)	Dôle, 5 juillet 1900.	1.275 »	30 %	15 % = 191.25
Perte partielle du pouce (typographe)............	Cour de Paris, 5 janvier 1901.	3.991.45	12 %	6 % = 168 »
Rigidité définitive du pouce suite de sectionnement au niveau de l'articulation interphalangienne (maçon)	Lyon, 2 mars 1900.	1.650 »	10 %	5 % = 82.50
Amputation du pouce (mécanicien)..............	Lille, 15 nov. 1900.	1.800 »	20 %	10 % = 180 »
Ablation du pouce (ouvrier)...................	Bordeaux, 7 mai 1900.	1.435 »	40 %	20 % = 287 »
Perte du pouce (mineur).....................	Béthune, 18 janvier 1900.	1.601 »	10 %	5 % = 80.05
Ankylose de l'annulaire rendant difficile et incomplète la flexion avec hypertrophie de l'index rendant impossible la flexion de la phalange moyenne (tuilier)	Cour de Nancy, 4 août 1900.	550 »	50 %	25 % = 137.50
Sectionnement des phalangettes du médius et de l'annulaire (ouvrier)	Cour de Douai, 12 juin 1900.	1.670 »	11.96 %	5.98 % = 100 »
Perte partielle de l'annulaire et de l'auriculaire (ouvrière)	Marseille, 30 juillet 1900.	600 »	12 %	6 % = 36 »
Amputation partielle de l'annulaire ankylose du médius (dégauchisseur).....................	Seine, 8 sept. 1900.	2.400 »	12.50 %	6.25 % = 50 »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT.	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Perte partielle de l'annulaire avec ankylose et atrophie de l'auriculaire (teinturier)	Lille, 6 juillet 1900.	470 »	15 %	7.50 % = 35 »
Amputation partielle de l'annulaire et de l'auriculaire (mécanicien)	Lille, 28 juin 1900.	1.900 »	13.15 %	6.57 % = ?
Amputation de l'annulaire et perte de la moitié de la valeur fonctionnelle du médius (menuisier)	Lille, 8 décemb. 1900.	1.383 »	15 %	7.50 % = 104 »
Amputation partielle du médius et de l'annulaire (tuilier)	Narbonne, 30 janvier 1900.	900 »	22.22 %	11.11 % = 100 »
Amputation partielle d'un doigt et dépouillement du médius. Amputation ultérieure partielle du médius gauche (dégauchisseur)		5 par j.	16 %	8 % = 120 »
Amputation du médius et de l'annulaire droits (ouvrier)	Senlis, 1er mai 1900.	900 »	33.32 %	16.66 % = 150 »
Sectionnement du médius et de l'annulaire au niveau de l'articulation supérieure (menuisier)	Valenciennes, 23 nov. 1899.	1.670 »	11.96 %	5.98 % = 100 »
Perte de l'usage de l'index et du médius (apprenti)	Lyon, 13 nov. 1900.	1.050 »	20 %	15 % = 157,50
Amputation totale de l'index et partielle du pouce (atelier mécanique)	Rouen, 10 août 1900.	1.271.20	40 %	20 % = 254,25
Perte de 2 doigts (ouvrier)	Seine, 11 octobre 1900.	2.400 »	29.16 %	14.58 % = 350 »
Ankylose du médius, de l'index, et de l'annulaire (margeur)	Lille, 21 déc. 1900.	750 »	30 %	15 % = 112,50
Amputation du médius et de l'annulaire et partielle de l'index (mécanicien)	Remiremont, 9 août 1900.	1.230 »	48.76 %	24.38 % = 300 »
Amputation partielle de l'index, du médius et de l'annulaire (estampeuse)	C. de Paris, 21 juillet 1900.	799.60	60 %	30 % = 240 »
Ablation de l'auriculaire et de l'annulaire et perte de l'usage du médius (manœuvre et portefaix)	C. de Bordeaux, 27 juillet 1900.	1.500 »	80 %	40 % = 600 »
Amputation de 3 doigts (ouvrier apprêteur)	St-Quentin, 5 janvier 1900.	750 »	60 %	30 % = 225 »
Ecrasement et ablation des 3 derniers doigts (ouvrier)	Dunkerque, 2 février 1900.	900 »	34.88 %	17.44 % = 175 »
Perte de 3 doigts (ouvrier)	C. de Toulouse, 6 mars 1900.	450 »	50 %	25 % = 112,50
Amputation de 3 doigts (mécanicien)	C. de Besançon	?	50 %	25 % ?
Impotence des 3 derniers doigts (mineur et boiseur)	Versailles, 22 nov. 1900.	2.046 »	33 %	16.50 % = 337,60
Perte de 3 doigts (mécanicien)	C. de Besançon, 21 nov. 1900.	?	50 %	25 % ?
Perte à peu près complète de l'usage de la main droite par suite de la perte totale pour le médius et l'annulaire des mouvements de flexion et de la raideur de l'index, malgré la conservation des tendons (ouvrier industriel)	Les Andelys, 30 octobre 1900.	1.674 »	45 %	22.50 % = 376,65
Sectionnement partiel de 4 doigts (presseur)	Confolens, 2 mars 1900.	900 »	66.66 %	33.33 % = 300 »
Perte de la dernière phalange des 4 derniers doigts. gêne de la flexion et impossibilité de tenir les outils lourds (ouvrier)	C. de Lyon, 25 juillet 1900.	1.532.25	50 %	25 % = 383,30

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Amputation métacarpienne de 4 doigts (mécanicien)	Briey, 15 février 1900.	3.166.75	37.27 %	18.63 % = 302.09
Amputation du pouce et de l'index et ankylose des 3 autres doigts (raboteur)	Castres, 29 juin 1900.	900 »	66.66 %	33.33 % = 300 »
Amputation du pouce et ankylose des 4 doigts par section des ligaments articulaires (scieur)	Ambert, 10 juillet 1900.	1.064.20	60 %	30 % = 319.26
Perte d'un doigt (ouvrier)	C. de Toulouse, 12 mars 1901.	1.200 »	25 %	12.50 % = 150 »
Abolition partielle de l'extension de l'auricul. (ouvrier)	Marseille, 7 décemb. 1900.	»	0 %	0 %
Ablation partielle de l'annulaire (terrassier)	Narbonne, 7 juin 1900.	1.050 »	12 %	6 % = 63 »
Section de l'extrémité du médius, perte de l'ongle (menuisier)	Toulouse, 29 février 1900.	»	0 %	0 %
Amputation partielle du médius (ouvrier)	Arbois, 11 sept. 1900.	975 »	5 %	2.50 % = 24.40
Ankylose de la 1re phalange de l'index (mécanicien)	C. de Nîmes, 16 avril 1901.	2.520 »	5 %	2.50 % = 63 »
Perte partielle des mouvements de flexion de l'index (ouvrier d'entreprise)	Valenciennes, 10 mai 1900.	1.280 »	15.62 %	7.81 % = 100 »
Perte de l'index réduit à un moignon (ouvrier)	St-Amand, 27 déc. 1900.	915 »	24.98 %	12.49 % = 114.37
Ecrasement du pouce avec ankylose rendant la préhension difficile (maçon)	C. de Nancy, 28 mars 1901.	1.534 »	10 %	5 % = 76.70
Ankylose des articulations du pouce avec flexion impossible (déchargeur)	Toulouse, 30 déc. 1899.	934 »	30 %	15 % = 140.10
Pouce sans consistance avec ankylose (mécanicien)	Corbeil, 20 juillet 1900.	600 »	25 %	12.50 % = 75 »
Amputation partielle du pouce (touvilleur)	Lille, 3 mai 1900.	1.200 »	15 %	7.50 % = 90 »
Perte de la phalangette de l'annulaire et de l'auriculaire (monteur de chaines)	Lille, 5 avril 1900.	1.500 »	23.32 %	11.66 % = 175 »
Perte de la 2e phalange du médius et ankylose de l'index (ouvrier)	C. de Nancy, 1er mars 1900.	»	0 %	0 %
Raideur de l'annulaire, rigidité du médius par suite d'une fracture au milieu de la 1re phalange avec consolidation vicieuse et cal exubérant. Adhérences des tissus	Narbonne, 18 octobre 1900.	1.644 »	38.48 %	19.24 % = 282 »
Amputation partielle de l'annulaire et du médius (hacheur)	Lons-le-Saunier, 24 juillet 1900.	970.60	40 %	20 % = 194.12
Perte partielle de l'index flexion permanente du médius (lamineur)	C. de Rennes, 26 déc. 1900.	600 »	50 %	25 % = 150 »
Amputation du médius. Ankylose de l'annulaire et gène des mouvements de l'auriculaire (fendeuse mécanique)	C. de Nancy, 7 août 1900.	1.080 »	40 %	20 % = 216 »
Privation de l'index, perte de souplesse du médius (ouvrier)	St-Etienne, 25 juin 1900.	891.65	19.32 %	8.66 % = 86.20
Ablation complète de l'index et partielle du médius (ouvrier)	Riom, 2 février 1900.	1.404.40	40 %	20 % = 220.88
Amputation de l'index et du médius (ouvrier)	Bayonne, 12 juin 1900.	1.700 »	25 %	12.50 % = 212.50

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Mutilation de 3 doigts (raboteur)	Gray, 29 nov. 1900.	1.025.30	50 %	25 % = 256,35
Amputation de l'auriculaire, Perte partielle des mouvements de flexion et d'extension du médius et de l'annulaire (mineur)	Montpellier, 6 avril 1900.			
Perte totale du pouce et de l'index avec rigidité presque complète du médius (filateur)	Havre, 13 juillet 1900.	750 »	53.32 %	26.66 % = 200 »
Perte de l'annulaire et de l'auriculaire et réduction du médius à un simple moignon (terrassier)	Narbonne, 13 février 1900	1.050 »	28.56 %	14.28 % = 150 »
Désarticulation de l'index, du médius et de l'annulaire (scieur)	Reims, 13 juillet 1900.	1.473 55	50 %	25 % = 368,2
Section totale de l'auriculaire, partielle du médius et de l'annulaire et ankylose complète de l'index (ouvrier)	Seine, 7 mai 1900.	1.200 »	54.16 %	27.08 % = 325 »
Amputation de 2 doigts et ankylose de 2 autres (scieur)	Amiens, 7 nov. 1900.	1.350 »	40 %	20 % = 270 »
CUISSE				
Fracture de la cuisse avec raccourcissement et faiblesse du membre inférieur (terrassier)	Douai, 26 février 1901.	1.127 »	20 %	10 % = 112 »
Luxation irréductible de l'articulation coxo-fémorale (charretier)	Narbonne, 25 avril 1901.	1.320 »	75 %	37.50 % = 495 »
Amputation de la cuisse au-dessus du genou (batteur)	Paimbœuf, 9 mars 1900.	800 »	43.75 %	21.87 % = 175 »
Amputation de la cuisse au 1/3 inférieur (batteuse agricole)	Toulouse, 29 déc. 1899.	300 »	50 %	25 % = 75 »
Amputation de la cuisse à 8 cm. de l'aine (plombier)	Auxerre, 14 février 1900.	1.320 »	82.94 %	41.47 % = 547,5
Fracture de la cuisse gauche avec raccourcissement de 2 cm. (portefaix)	Montpellier, 13 juillet 1900.	1.062 »	50 %	25 % = 265,55
Amputation de la cuisse gauche au 1/3 inférieur (batteur)	Angoulême, 23 janvier 1901.	900 »	66.66 %	33.33 % = 300 »
Amputation de la cuisse gauche au 1/3 supérieur (conducteur d'omnibus)	Lyon, 25 mars 1900.	1.500 »	65 %	32.50 % = 487,50
Amputation de la cuisse gauche au 1/3 supérieur (conducteur d'omnibus et tramway)	Lyon, 27 mars 1900.	1.500 »	65 %	32.50 % = 487,50
Amputation de la cuisse droite (charretier)	C. Montpellier, 13 déc. 1900.	1.332 »	70 %	35 % = 466,50
Amputation de la cuisse droite au-dessus du genou (aiguilleur)	C. de Besançon, 6 mai 1900.	1.300 »	75 %	37.50 % = 487,50
Amputation de la cuisse droite au-dessus du genou (manœuvre)	Bordeaux, 29 juin 1900.	1.500 »	90 %	45 % = 675 »
Amputation de la cuisse droite au-dessous de l'aine (tramways, poseur)	Nantes, 7 mai 1900.	1.741 15	95 %	47.50 % = 827,05

(A suivre.)

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

nécessités par une maladie rentrent dans les frais du ménage. De plus, la femme est tenue, par le devoir d'assistance inscrit dans l'art 205 du code civil, de faire donner des soins à son mari en état d'insolvabilité.

De nombreuses décisions de la jurisprudence ont condamné la femme, spécialement sous le régime de la séparation de biens, à supporter les frais de maladie, lorsqu'il ne reste rien à son mari. (Trib. civ. de la Seine, 6 mai 1893, *Gazette du Palais* 1893, 1.552 ; Trib. civ. de Lyon 25 mai 1901, *Moniteur de Lyon*, 5 août 1901 ; *Recueil des Sommaires* 1901, n° 5707; jugement de justice de paix rapporté dans le *Concours médical* du 29 sept. 1900, n° 39, p. 467. Paris 3e arr. 28 avril 1830. Dalloz 1830, 2.196). Ce dernier arrêt admet l'action du marchand boucher pour fournitures faites au ménage, contre la femme, alors qu'il ne reste rien au mari.

Dans votre cas, le mari se trouve en état d'insolvabilité par le seul fait que le loyer de l'appartement servant non seulement à l'habitation des époux, mais de siège à l'agence qui procurait des ressources au ménage, est au nom de la femme.

Si vous prouvez, en outre, par certificats ou par témoin, que la femme dirigeait en fait l'agence, recevait les lettres et y répondait, faisait les recouvrements, payait les dettes et notamment le pharmacien, il en résulte que, disposant de toutes les ressources du ménage, elle doit être soumise à l'action des tiers, sans contestation possible.

Dr G. à «Sou médical».— 1° Pensez-vous qu'un médecin-inspecteur des écoles, en même temps médecin des épidémies de son canton, ait le devoir et le droit de s'assurer de la réalité d'une maladie contagieuse survenue dans telle famille qui lui est indiquée, et cela afin d'empêcher la

Suite page XII.

La mort du Docteur Paul BERTHOD

C'est avec la plus douloureuse surprise que nous avons reçu, mardi matin, le billet nous annonçant la mort imprévue de notre excellent ami, le Dr P. Berthod, membre du Concours médical.

C'est pendant qu'il était président du Syndicat des médecins de la Seine que se produisirent les poursuites contre le Dr Laporte. Tous les médecins se rappellent avec quelle rapidité, quelle énergie et quel succès il prit la défense de notre confrère, qui fut acquitté.

Depuis deux ans à peine il avait fondé un journal : *La Médecine Sociale*, et déjà son journal avait acquis une légitime et considérable notoriété. Il était lu avec le plus vif intérêt par toutes les personnalités politiques et médicales qui s'occupent des questions d'hygiène. Il était redouté des administrateurs routiniers.

Tous ceux qui assistaient aux réunions où se discutent les intérêts de la médecine et des médecins se rappellent avec quel courage et quelle conviction il défendait ses idées qui heurtaient parfois de vieux préjugés, mais qui étaient toujours empreintes de justice, d'équité et de générosité, qui étaient les qualités primordiales de notre ami regretté.

Ceux qui ont eu le plaisir d'être comptés parmi ses amis savent combien, sous un aspect réservé, son amitié était solide et sûre.

Il a voulu, conséquent avec ses idées et la direction de sa vie, donner à tous un exemple salutaire et conforme aux règles de l'hygiène sociale, dont il était un des plus vaillants défenseurs. C'est ainsi qu'il a voulu être incinéré, exemple qui devrait être donné par tous les médecins.

C'est avec un sincère véritable de respect et de sympathie que nous adressons nos bien sincères condoléances à sa veuve : heureux si, dans l'expression de notre sympathie et de notre considération pour son époux regretté, Mme Berthod pouvait trouver un allègement à sa douleur.

*
* *

Quelques jours à peine avant sa mort, le Dr Berthod nous avait adressé l'article suivant, que, dans les circonstances présentes, nous tenons doublement à communiquer à nos lecteurs.

La politique dans les syndicats.

Les officiels et leurs officieux allèguent qu'on ne doit pas faire de politique au syndicat.

Ils ont d'ailleurs pour eux les statuts légalement imposés par la préfecture de police, stipulant qu'on ne doit s'occuper dans les associations ni de politique ni de religion. Ceci devrait être plutôt une raison pour marquer l'utilité de discuter ces questions, car chacune des instructions napoléoniennes et surannées qui nous est imposée doit être, pour ainsi dire, prise au contre-pied, si on veut être moderniste et résister à l'envahissement oppressif de l'Etat.

D'autre part, on a toujours remarqué que, chaque fois que cette phrase « pas de politique » était prononcée dans une réunion, elle l'était par des réactionnaires ou des nantis.

En réalité, en payant nos contributions et en votant nous faisons de la politique, et dans une société d'ordre socio-professionnel comme le syndicat, il n'est pas possible de ne pas en faire ; il faut toujours en faire.

Mais il faut faire de la politique syndicale, de la politique économique, et non de la politique de coterie ou de parti.

Peu nous importe au syndicat que le gouvernement soit rouge ou bleu. Chacun de nous, individuellement, garde ses préférences, c'est entendu, mais dans les questions syndicales on doit marcher et voter suivant les instructions syndicales.

La politique syndicale consiste à influencer tous les hommes du gouvernement ou d'opposition dans le sens de l'amélioration professionnelle, et je ne verrais, pour ma part, nul inconvénient à ce que nous ayons aussi un programme minimum à exposer aux représentants nationaux, départementaux ou municipaux au moment des élections. Nous serons certainement obligés d'en venir là, même au sujet de la Réforme des études médicales, si nous voulons avoir gain de cause.

Ayons un représentant à la Bourse du travail, à la C. G. T., aux chambres syndicales, au Ministère du Travail, à la Faculté de Médecine et même à l'Archevêché, etc., partout où l'intérêt professionnel est ou devient en jeu, et surtout agissons avec toutes nos forces, y compris notre force électorale, qui est très notable. La profession médicale périclite de plus en plus et tombera bientôt définitivement si nous n'y veillons.

Même les Associations corporatives d'étudiants (surtout les étudiants en médecine) entrent de plus en plus dans la voie corporative ou syndicale ; elles viennent de se fédérer dans ce but.

Elles obtiendront ainsi des résultats bien plus effectifs que l'ancienne A., spécialement créée pour le décor, les fêtes et les banquets, et qu'il faut conserver dans ce but.

Il est vrai que cette tentative d'émancipation ne plaît pas à tous ; elle a valu à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris quelques démissions de membres honoraires. Tant pis pour les démissionnaires.

Paul Berthod.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association amicale des Médecins de la Gendarmerie

L'un de nos derniers « Propos du Jour » a inspiré la lettre suivante, que nos habitudes d'impartialité nous font un devoir d'insérer.

« Pour une fois, mon cher Directeur, vous avez marché trop vite et vous avez dans le n° 27, fulminé trop tôt contre le Syndicat de confrères donnant leurs soins à la Gendarmerie.

« S'il est vrai que le Corps Médical est exploité indignement et grossièrement par l'autorité militaire qui nous promet une lettre d'éloges après dix ans d'exercices, il est non moins vrai que nous nous trouvons en face d'une situation qui

n'est pas de date récente et que l'on ne peut détruire en un jour. Aussi, j'estime que notre confrère Paulet, de Sommières, a eu là une initiative digne d'éloges. Lisez un peu le but de l'Association amicale qu'il désire fonder :

TITRE II

Objet et but de l'association

ART. 4. — *L'Association des Médecins de la Gendarmerie a pour but et objet :*

1° *De réunir et de grouper tous les Médecins donnant leurs soins gratuits à la Gendarmerie, pour leur permettre de se connaître, de s'apprécier, de s'entr'aider moralement et de prendre, dans un intérêt commun, des décisions communes ;*

2° *De mettre en commun l'expérience, l'activité et l'influence de chacun de ses membres pour formuler et soutenir toutes revendications légitimes ;*

3° *De demander immédiatement à l'autorité militaire, à titre d'indemnité ou de compensation, en échange de nos services gratuits, certains avantages réels, tels que* le bénéfice du quart de place militaire ;

4° *En cas d'échec dans cette revendication, de se concerter pour demander quelque autre avantage similaire ;*

5° *De maintenir les revendications de l'Association et de renouveler et varier ses démarches, tant que besoin sera, jusqu'à complète satisfaction.*

6° *En cas d'insuccès définitif sur tous les points, d'examiner ensemble s'il n'y aurait pas lieu de démissionner en masse par lettre individuelle ou collective ;*

7° *En cas de succès, au contraire, de continuer à veiller à la conservation des droits acquis;*

8° *A cet effet, de se tenir en rapport constant avec les autorités compétentes : Parlement, Ministère de la Guerre, Direction du Service de Santé des Corps d'armée, Chefs de Légion, etc...*

9° *De résoudre les conflits pouvant s'élever entre confrères, membres ou non de l'Association, ou bien entre les membres de l'Association et l'Autorité militaire ;*

10° *D'étudier les dossiers des membres de l'Association qui sont en droit d'obtenir les distinctions honorifiques prévues par la circulaire ministérielle du 17 mars* 1900, *et soutenir la candidature de ceux de ses membres qui peuvent, par la durée et la valeur des services rendus, prétendre à la Légion d'honneur.*

« Ne croyez-vous pas que les huit derniers paragraphes de cette énumération soient dignes d'être encouragés dans leur exécution. Et quel effort demande-t-on pour cela ? Un peu d'union et la forte somme de vingt sous. Changeons notre fusil d'épaule, mon cher Directeur, et au lieu de faire grise mine au nouveau-né, faisons-lui un petit sourire au Concours.

« Vous demandez « de voir telles catégories de confrères qui ont, de par les lois existantes, l'avantage ou l'inconvénient d'être soumis à un pouvoir ou à un autre, se syndiquer spécialement entre eux pour la défense des intérêts spéciaux de cette situation » Et la loi de l'usage, qu'en faites-vous ? Nous sommes le syndicat des exploités. Nous voulons cesser de l'être par un moyen quelconque. Il fallait bien en choisir un. Voilà pourquoi, etc... C.Q.F.D. »

Docteur DELPECH.

N. D. L. R. — A nos lecteurs de dire si la *loi de l'usage* est chose qui puisse prévaloir contre le principe général voté par le Congrès des praticiens, et s'il y a lieu de légitimer par un Syndicat l'existence des *médecins de la Gendarmerie* telle que la routine nous l'a donnée.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins du département d'Alger.

Assemblées générales des 23 *février et* 13 *mars* 1907

Présidence de M. GROSCLAUDE, vice-président.

Sont présents : MM. Antoni, Henri Cabanes, Casset, Grosclaude, Julien, Lavernhe, Lussac, Murat, Stumpf, Edmond Vidal, Bourlier,

Excusés : MM. Bouderba, Verhaeren.

Le procès-verbal de la dernière assemblée est adopté.

Le Président donne d'abord lecture d'une lettre de M. Verhaeren, s'excusant de ne pouvoir assister à cette séance et ensuite de son compte-rendu de l'exercice écoulé.

Allocution du Président.

Chers Collègues,

J'avais, jusqu'au dernier moment, espéré pouvoir vous rendre compte en personne de nos travaux. Mais l'affection tenace dont je souffre me tient loin de vous en cette circonstance, et ce pour la première fois ! Je vous en exprime ici mes plus vifs regrets et mes excuses.

L'exercice qui vient de se clôturer n'a pas été moins avantageux pour notre Syndicat que ceux qui l'ont précédé. S'il ne s'est pas signalé par quelque incident notoire, par quelque lutte tapageuse, nous n'en avons pas moins fait avancer, sans heurt, mais aussi sans découragement et sans faiblesse, la réalisation des réformes que nous nous sommes proposés d'obtenir et nous avons coopéré, avec les œuvres similaires à la nôtre, à la poursuite des améliorations professionnelles qui figurent actuellement sur les programmes de toutes les collectivités médicales. Mais avant d'entamer l'énumération de nos travaux, j'ai le douloureux devoir de rappeler ceux que la mort a frappés dans nos rangs. C'est d'abord le Dr Collardot, notre vénéré doyen, en même temps qu'il était celui de tout le corps médical algérien. Votre ancien président, M. le docteur Rey, lui a adressé sur sa tombe l'adieu ému du Syndicat.

C'est ensuite notre collègue Labbé, mort subitement et loin d'Alger.

Ces deux décès, avec deux démissions dont celle de notre collègue Barbaud, qui quitte l'Algérie et s'installe à Uriage, porte à quatre seulement le nombre des pertes subies dans l'effectif du Syndicat pendant l'année écoulée. Par contre, plusieurs confrère sont demandé à faire partie de notre groupement, mais par suite

de l'absence de certaines formalités, aucune n'a pu encore être prise en considération ; de telle sorte que le nombre de nos membres se trouve momentanément arrêté à 73. Ce nombre ne tardera pas à reprendre la marche ascendante qu'il n'a cessé de suivre jusqu'ici.

Un des plus dévoués membres de notre bureau, M. Bouderba, nous a priés de le remplacer dans ses fonctions, dont il ne peut pas s'occuper activement pour cause de santé. Votre Conseil a décidé de lui laisser ses fonctions jusqu'à ce qu'il puisse les reprendre effectivement.

Cet exercice a vu se réunir 2 fois l'Assemblée générale et 9 fois le Conseil.

Les principales matières qui ont occupé nos séances sont :

Loi sur les accidents du travail. — Depuis quatre ans nous combattions pour la promulgation à l'Algérie de cette loi qui est applicable en France depuis le 9 avril 1899. Mais la nécessité d'édicter des règles spéciales à cause de la nature spéciale de la majorité de nos travailleurs indigènes ou étrangers était un obstacle important. Un texte définitif a été rédigé par M. le Gouverneur général qui a bien voulu le communiquer l'année dernière à notre Conseil, lequel a reconnu qu'il satisfaisait pleinement toutes les exigences du corps médical.

Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'entretenir M. le Gouverneur général de la question du tarif, qui devra faire l'objet d'un arrêté gouvernemental, complétant la nouvelle loi, et sur lequel se concentre actuellement, on le conçoit, tout notre intérêt professionnel. M. Jonnart a bien voulu me promettre de recevoir nos renseignements et nos objections pour la rédaction de ce tarif.

Service du contentieux.— Ce service continue à fonctionner malgré le petit nombre des affaires qui lui sont confiées. Je prie instamment tous nos collègues de vouloir bien se souvenir de son existence et des services inappréciables qu'il peut rendre à l'occasion .Nous devons, par suite, faire tous un effort pour lui permettre de subsister.

Œuvres d'assistance et de prévoyance. — Votre Conseil s'est ému des difficultés de jour en jour croissantes dans l'exercice de la médecine, encore plus en Algérie que dans la Métropole. Il n'ignore pas que plusieurs sociétés de secours mutuels, d'indemnités-maladie, de retraites et pensions, etc., existent en France. Je me permettrai de citer les filiales du Concours Médical : le Sou Médical, le Patronage et surtout l'Amicale-Maladie, dont je viens encore personnellement d'éprouver les bienfaits. Votre Conseil, néanmoins, a pensé qu'à côté de ces œuvres générales, il y avait place pour une œuvre locale, utilisant les ressources de l'Algérie et parvenant ainsi à accroître un peu les répartitions, souvent un peu modestes, que donnent les premières. Un projet est à l'étude et s'il aboutit, nous vous le ferons connaître.

Exercice de la médecine civile par des confrères militaires. — Nous avons reçu diverses plaintes de nos collègues, motivées par des procédés peu corrects de médecins militaires à leur égard et des faits d'exercice médical paraissant contraires aux coutumes et aux règlements de l'armée. Deux d'entr'elles émanant des Drs V... et D.... nous avaient paru suffisamment précises et sérieuses pour motiver notre intervention. Des plaintes, adressées à l'Inspecteur principal du service de santé, n'ayant pas abouti, et les faits qui y étaient exposés paraissant subir de cet échec une sorte de consécration, nous avons décidé de recourir à l'Union des Syndicats, de lui exposer l'affaire, de lui demander son avis et subsidiairement, si les renseignements le permettaient, d'accumuler les détails et les documents en vue d'une plainte au Ministre, de façon à faire trancher, une fois pour toutes, cette importante question de principe : « *Un médecin militaire peut-il faire de la clientèle lorsqu'il a un ou plusieurs confrères civils dans la localité et sauf le cas d'urgence avérée* ?

Le Dr Dubuisson, vice-président de l'Union, et député du Finistère, voulut bien se renseigner auprès du Ministre. Voici les renseignements que nous a transmis l'Union :

Le général Loizillon, ministre de la guerre, a adressé, le 30 mars 1888, à tous les chefs du service de santé, une circulaire contenant la phrase suivante :

« *La pratique de la clientèle civile, n'est compatible avec la situation des médecins militaires et avec leurs devoirs envers l'armée que si elle est gratuite et désintéressée, le médecin militaire devant se borner à prêter son concours à ses confrères civils sans jamais leur faire une concurrence indigne de la qualité d'officier et nuisible aux intérêts moraux de la médecine de l'armée.* »

Comme on le voit, cette circulaire n'est pas très précise ; il est admis depuis longtemps que la gratuité n'est pas une condition suffisante pour faire excuser des faits d'exercice illégal, ou même simplement irrégulier. Il faudrait que nous puissions provoquer une décision ministérielle limitant nettement le droit des médecins militaires, et ce, aussi bien dans leur intérêt que dans le nôtre. Le Dr Dubuisson est d'avis, comme le Conseil de l'Union lui-même, que nous attendions, pour provoquer une enquête, d'avoir en mains quelques cas types et très favorables pour notre thèse d'exercice en clientèle civile par des médecins militaires.

Le Conseil s'en est rapporté à cet avis et a décidé d'attendre de nouveaux faits.

Loterie en faveur des infortunes du corps médical. — Cette loterie, qui a été fondée par le Dr Smester, de Paris, a obtenu l'approbation de l'Union des Syndicats, de la Société Médicale de Paris, de l'Association générale, etc. La direction de la loterie nous demandait seulement notre appui moral, que nous lui avons octroyé. Nous vous soumettrons, tout à l'heure, le projet de statuts de cette loterie, projet que nous avons reçu avant-hier.

Congrès des praticiens. — Sur l'initiative du Dr Leredde et le patronage de l'Union des Syndicats de l'Association des Médecins, du Concours Médical et de ses œuvres, en un mot de presque tous les groupements médicaux de France, un Congrès de Praticiens va être organisé à Paris, le 12 avril. Ce congrès s'occupera de la réforme de l'enseignement médical, du recrutement des professeurs dans les facultés et écoles et, en général, de toutes les questions professionnelles. La direction du Congrès a demandé à notre Syndicat par lettre du 23 janvier 1907, son appui moral et financier ; votre Con-

seil lui a déjà accordé le premier et va vous proposer de lui voter une subvention.

Je me permettrai, au sujet de ce Congrès, de faire une observation ; c'est que nous n'avons été avisés officiellement de la date de son ouverture que par une circulaire reçue le 8 avril, soit 4 jours avant cette date.

Ne recevant aucune nouvelle directe, nous étions en droit de penser que le Congrès était remis, et que nous avions le temps de préparer un travail, exposant les revendications spéciales au corps médical algérien.

Émettons donc le vœu que, pour la prochaine réunion du Congrès, la date exacte de son ouverture soit annoncée plusieurs mois d'avance.

L'appel que nous avions fait, auprès de nos collègues, ne sera du reste pas perdu. Les quelques notes qui m'ont été adressées pour aider à la rédaction de « Cahiers Algériens » seront précieusement conservées et trouveront leur emploi, à la prochaine session, que l'on annonce comme devant avoir lieu à bref délai. (Note du 30 avril 1907. Dr V.)

Différends entre confrères.— Est-ce à cause de l'action moralisatrice du Syndicat, ou pour toute autre raison ? Nous avons à constater une dimition, de plus en plus marquée, de ces cas d'inimitié si regrettables et cependant si fréquents jadis entre médecins.

Nous n'avons été saisis, pendant l'exercice écoulé, que de deux conflits de ce genre, encore étaient-ils très bénins et se sont-ils terminés rapidement et sans difficultés.

Poursuites pour exercice illégal. — On nous a demandé si nous ne pouvions pas intervenir dans le cas de pharmaciens médecins, faisant une réclame excessive et par suite répréhensible, relativement à l'article XI de notre règlement intérieur. Ces praticiens, ne faisant pas partie de notre Syndicat et d'autre part, restant dans la légalité stricte, nous n'avons pas d'action sur eux, au moins dans l'état actuel de la législation.

D'autres cas d'exercice illégal nous ont été signalés, mais d'une façon tellement vague et si dépourvue de renseignements précis, que nous n'avons pu aboutir. Une fois de plus, j'insisterai auprès de vous pour que vous vouliez bien nous communiquer d'urgence tout les faits précis qui peuvent venir à votre connaissance et dont nous pourrons nous servir, sans faire intervenir votre nom, si vous le désirez.

Loterie en faveur des infortunes du corps médical. — L'assemblée donne son entière approbation à cette œuvre et au projet de statuts qui lui est soumis.

Questions diverses. — M. Cabanes demande si une sage-femme a le droit de faire un lavage intra-utérin au moyen de la sonde de Doléris. M. Casset déclare qu'il serait également désireux d'avoir à cet égard une réponse certaine, car il lui est arrivé plusieurs fois de prendre des sages femmes sur le fait ; mais celles-ci ayant déclaré que pendant leurs études à l'hôpital on leur apprenait à se servir de cette sonde, elles étaient convaincues qu'elles avaient le droit de l'employer toutes les fois qu'elles le jugent utile.

M. Grosclaude répond que la loi est formelle à cet égard : celle-ci mentionne que les sages-femmes n'ont le droit de se servir d'aucun instrument. M. Vidal pense que la sonde de Doléris est assimilable à une canule vaginale.

Après discussion au sujet de savoir si le lavage intra-utérin, fait avec une simple canule de verre par une sage-femme, pouvait être blâmable, et s'il était possible d'assimiler réellement une sonde de Doléris à une canule, ou au contraire à un instrument, M. Grosclaude maintient qu'aux termes de la loi les sages-femmes ne doivent pas se servir du Doléris.

— M. Julien expose un fait personnel. Il s'agit des soins donnés par ce confrère à un ouvrier de M. X... Celui-ci refuse de régler ce praticien. M. Julien a intenté un procès qu'il a perdu. M. X... invoque qu'il n'a fait appeler M. Julien que dans un but humanitaire et qu'il ne lui devait que sa première visite.

L'assemblée déclare que cette façon de procéder vis-à-vis des médecins est réellement bien regrettable, mais que le Syndicat n'y peut rien tant que la loi sur les accidents du travail ne sera pas applicable à l'Algérie.

COMPTE RENDU FINANCIER

Situation au 1er janvier 1907 :

Recettes

Cotisations de 1906		756 »
Intérêts		45 »
En caisse au 1er janvier		3.049 35
Total		3.850 35

Dépenses

Timbres et recouvrements	25	
Frais d'encaisseur	23	
Subv. à l'Union des Syndicats	150	
Subvention au *Bulletin Médical de l'Algérie*	100	
Notes d'imprimeurs	22	
Frais de Bureau	4	324 »
En caisse au 1er janvier 1907		3.526 35

Votes. — Les comptes rendus du Président et du Trésorier sont approuvés à l'unanimité.

Sont votées les dépenses suivantes :

Subvention au Congrès des Praticiens	50 »
Subv. au *Bulletin Médical de l'Algérie*	100 »
Frais de correspond. et secrétariat	23 »
Total	173 »

La séance est levée à 7 heures.

Le secrétaire de séance.

Dr Bourlier.

N. D. L. R. — A l'heure où beaucoup d'esprits avisés pensent qu'il y a parfois des intérêts médicaux régionaux et qu'il serait intéressant de les fédérer, nous jugeons que les départements algériens devraient en donner un exemple suggestif en se groupant autour du Syndicat d'Alger sans cesser pour cela d'adhérer à l'Union des Syndicats de France.

***Le Directeur-Gérant* : Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 31 Dimanche 4 AOUT 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Encore un distinguo à signaler à nos confrères

Loi ayant pour objet la faculté d'adhésion à la législation des accidents du travail.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Tout employeur non assujetti à la législation concernant les responsabilités des accidents du travail peut se placer sous le régime de ladite législation pour tous les accidents qui surviendraient à ses ouvriers, employés ou domestiques, par le fait du travail ou à l'occasion du travail.

Il dépose à cet effet à la mairie du siège de son exploitation ou, s'il n'y a pas exploitation, à la mairie de sa résidence personnelle, une déclaration dont il lui est remis gratuitement récépissé et qui est immédiatement transcrite sur un registre spécial tenu à la disposition des intéressés. Il doit présenter en même temps un carnet destiné à recevoir l'adhésion de ses salariés, sur lequel le maire appose son visa en faisant mention de la déclaration et de sa date.

Les formes de la déclaration et du carnet sont déterminées par décret. Le carnet doit être conservé par l'employeur pour être, le cas échéant, représenté en justice.

Art. 2. — La législation sur les accidents du travail devient alors de plein droit applicable à tous ceux de ses ouvriers, employés ou domestiques, qui auront donné leur adhésion, signée et datée en toutes lettres par eux, au carnet prévu par l'article précédent.

Si l'ouvrier, employé ou domestique, ne sait ou ne peut signer, son adhésion est reçue par le maire qui la mentionne sur le carnet. Il en est de même pour l'adhésion des mineurs et des femmes mariées, sans qu'ils aient besoin, à cet effet, de l'autorisation du père, tuteur ou mari.

Art. 3. — L'employeur peut, pour l'avenir, faire cesser son assujettissement à la législation sur les accidents du travail par une déclaration spéciale à la mairie. Cette déclaration, dont il lui est immédiatement donné récépissé, est transcrite sur le registre visé à l'article 1er, à la suite de la déclaration primitive, ainsi que sur le carnet.

La cessation d'assujettissement n'a point effet vis-à-vis des ouvriers, employés ou domestiques qui ont accepté, dans les formes prévues à l'article précédent, d'être soumis à la législation sur les accidents du travail.

Art. 4. — Si l'employeur n'est point par ail-

leurs obligatoirement assujetti à la législation sur les accidents du travail, il contribue au fonds de garantie dans les conditions spécifiées par l'article 5 de la loi du 12 avril 1906.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi d'Etat.

Fait à Paris, le 18 juillet 1907.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale,
René VIVIANI.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Ed. GUYOT-DESSAIGNE.

Le ministre des finances,
J. CAILLAUX.

LA SEMAINE MEDICALE

Les plaies du poumon.

A l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, une intéressante discussion a eu lieu sur la question des plaies du poumon. Nous en empruntons l'analyse au Dr J. DUMONT dans la *Presse médicale*. MM. NÉLATON, QUÉNU, TUFFIER proclament la difficulté du diagnostic précis des plaies du poumon à l'exception des indications opératoires.

La difficulté tient à ce que les premiers symptômes qui suivent une plaie pénétrante de poitrine sont presque toujours graves et simulent une hémorragie interne, mais disparaissent assez rapidement ; or, c'est précisément à cet instant même qu'il faudrait pouvoir intervenir. M. Tuffier a relevé tous les cas de plaies pénétrantes de poitrine qu'il a pu retrouver depuis qu'il est chargé d'un service de chirurgie : tous les malades qui ne sont pas morts dans les trente-six premières heures ont guéri, avec ou sans thoracotomie secondaire. Il est donc en droit de dire que c'est dans les premières heures que le danger est menaçant et l'intervention nécessaire.

— M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne conteste pas qu'on puisse arrêter une hémorragie pulmonaire par une intervention chirurgicale, mais il faudrait prouver que les blessés ainsi traités n'auraient pas guéri aussi bien par la simple immobilisation ; personnellement, M. Lucas-Championnière s'est toujours abstenu d'opérer et il reste persuadé que l'intervention est souvent plus dangereuse qu'utile.

— M. RICARD estime également que, pour la très grande majorité des cas de blessures pulmonaires, l'expectation doit être la règle. Il n'en est pas moins vrai que l'intervention peut se justifier dans certains cas particulièrement sévères, et

FEUILLETON

Heureuse assuétude.

Un dicton un peu trivial, fort terre à terre (c'est le cas de le dire), prétend qu il faut que la chèvre broute là où elle est attachée. Malgré l'irrévérence de la comparaison, c'est le cas de bien des médecins, les moins favorisés en apparence. Le régal est souvent maigre, mais ils savent s'en contenter. Ce ne sont pas d'ailleurs les confrères les plus favorisés du sort qui ont un souci exceptionnel de leur clientèle et lui portent un intérêt de tous les instants. Ce sont les déshérités, ceux qui sont perdus dans quelque trou de province ou sur les sommets des pays montagneux, qui chérissent surtout leur modeste besogne, au point de ne pas vouloir en changer et de ne jamais quitter leur petit domaine.

N'a-t-on pas remarqué que les conscrits exposés à la nostalgie, au mal du pays, sont ceux qui viennent des contrées les plus sauvages, les plus désolées ?

Il se passe quelque chose d'analogue pour les parents, qui s'attachent à leurs rejetons, en proportion des difficultés qu'ils ont eu à les élever et des soucis qu'ils leur ont causé. C'est comme un lien nouveau et d'autant plus solide qu'on tient davantage à conserver ce Benjamin, malgré sa déchéance physique, malgré ses tares et ses imperfections.

Poussons plus loin les choses, sur les pas de Lucien Descaves, qui, dans *La Préférée*, a soutenu que la paternité n'est pas seulement physique, qu'elle n'appartient pas avant tout à celui qui engendra réellement, qu'au contraire les habitudes familiales, les sacrifices librement consentis, les inquiétudes auprès du berceau et la joie du salut, et les caresses, et les larmes essuyées créent de tendres liens, non moins forts, plus forts même que les naturelles attaches.

Le médecin de campagne, comme le médecin des quartiers populaires, témoins quotidiens des misères sociales, qui sont souvent liées aux manifestations pathologiques, en arrivent peu à peu, insensiblement, à prendre leur part des souffrances de leur entourage, à s'y associer, par une sorte de paternité d'adoption à peu près inévitable lorsqu'on vit dans le même milieu, et qu'on est le guide, l'initiateur, le consolateur.

Quantité de vieux praticiens, arrivés à un certain âge, sont considérés presque comme des parents, des ancêtres, dans leur commune. On ne fait rien d'important sans les consulter et on a plus de déférence pour eux, malgré la simplicité de leur allure, que pour les proches les plus immédiats, et surtout que pour les gros bonnets de l'endroit, les bourgeois ventripotents, bien rentés, qui digèrent avec une béatitude égoïste, sans s'occuper de ceux qui ont faim, à côté de leur porte inhospitalière.

Ils ne sont peut-être pas toujours très experts en thérapeutique et en diagnostic, ces vétérans voûtés sous le poids des soucis qu'ils ont partagés, mais ils ont au moins une expérience suffisante pour ne pas faire de mal, lorsqu'ils ne savent ou ne peuvent pas guérir. Ils ont toujours à leur disposition la bonne parole qui console, la poignée de mains qui encourage et même l'obole qui permet d'attendre des jours meilleurs.

Ah ! le beau rôle et combien digne de respect que celui de ce curé laïque, qui s'occupe à la fois du corps

M. Ricard a vu à l'hôpital Saint-Louis, dans un quartier où les combats entre « apaches » ne sont pas rares, un grand nombre de blessures du poumon par coup de feu ou par coup de couteau, qui, dans les neuf dixièmes des cas, ont guéri ainsi, le traitement ayant été, il est vrai, le plus souvent compliqué par un empyème vers la deuxième ou la troisième semaine.

M. Ricard n'a guère vu que 3 cas dans lesquels l'opportunité d'une intervention opératoire ait pu se discuter : dans 2 de ces cas il s'est décidé pour l'abstention, dans le 3e il est intervenu et son blessé a guéri. Il s'agissait d'une plaie du poumon par coup de couteau avec hémothorax total et état général très grave ; il existait une plaie de la base du poumon qui ne put d'ailleurs être suturée et que M. Ricard traita par le tamponnement. La guérison survint après un empyème pratiqué le 15e jour.

— M. Routier cite un nouveau cas de plaie pulmonaire grave par balle de revolver qu'il a observé tout récemment et qui a guéri sans intervention malgré des complications secondaires graves : pleurésie suppurée, embolie pulmonaire, phlébite des membres inférieurs.

— M. Quénu, résumant la discussion sur les plaies du poumon, constate qu'en somme l'intervention chirurgicale est licite, mais dans des conditions exceptionnelles et très difficiles à déterminer et que le traitement de choix de ces plaies réside dans l'immobilisation absolue avec simple occlusion de la plaie thoracique.

— M. Reynier se range à l'avis de la plupart de ses collègues et considère l'intervention comme devant être exceptionnelle. Un moyen qui pratiquement lui donne, dit-il, d'excellents résultats, est l'injection de sérum gélatiné.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur G. Ballet.

(Polyclinique des maladies nerveuses)

Amnésie neurasthénique.

Jeune femme de 22 ans, se plaignant de perte de la mémoire depuis trois années. Au cours d'une phrase, elle ne se rappelle plus, ni ses mots, ni ce qu'elle veut dire. Elle est incapable, dès lors, de se livrer à aucun travail intellectuel suivi.

L'amnésie en question ne survient pas par accès ; elle est à peu près permanente. S'il se fût agi de crises amnésiques, on eût été conduit à rechercher le mal comitial.

Autre caractère significatif : les troubles de mémoire passent, ici, inaperçus de l'entourage.

---

et de l'âme, qui possède des dictames et des consolations, pour toutes les infortunes, pour les plus poignantes détresses et les plus lugubres dénûments.

Lorsqu'il a un peu de cœur et de pitié, même sans aucun penchant à la sensiblerie et aux tendances humanitaires, comment ne finirait-il pas par adopter peu ou prou les pauvres bougres un peu frustes, mais pleins de droiture et de bons sentiments, qui triment autour de lui, victimes de la fatalité et de la malchance ; — Ces gamins mal échafaudés ou exubérants de sève rustique, qu'il a mis au monde ; — ces femmes dolentes, usées avant l'âge, qu'il a assisté dans toutes les catastrophes de leur laborieuse existence ?

Après avoir été témoin de l'effort commun, après les avoir vu semer inutilement, après les avoir aidé à vivre, il les aide à mourir, à arriver à la paix du sommeil définitif, où ils ne souffriront plus. En fermant les yeux à la plupart, il lui semble accomplir ce suprême devoir pour quelqu'un de sa famille.

Ah ! sans doute, au début surtout, alors qu'on a encore dans les yeux les mirages de la vie parisienne, il y a parfois des heures de révolte, de découragement; il faut tenir son rang après tout et en avoir les moyens. La prébende n'est pas grasse et là, comme ailleurs, l'ingratitude est la règle ; mais peu à peu l'apaisement se fait, les lèvres prennent un rictus moins amer, les yeux sont moins noyés d'angoisse ; on se contente d'une maigre pitance (l'estomac ne s'en trouve que mieux), d'un logis inélégant ; on s'endurcit dans le bien comme d'autres s'endurcissent dans le mal. Le pli est pris, on subit la lourde tâche sans murmurer, sans même avoir besoin de comparer son sort à celui des pauvretés circonvoisines, qui met pourtant comme de la tristesse et du brouillard dans l'espace.

Il semble, comme l'a dit Bourget, que l'âme n'ait comme le corps, qu'une certaine force de souffrir, et que, cette limite une fois dépassée, elle arrive à une sorte d'anesthésie, où elle ne peut même plus être touchée par les déceptions les plus amères.

On ne peut parler de ce sacerdoce bienfaisant qu'avec une admiration émue et c'est toujours avec un sentiment respectueux, plein de déférence, que j'évoque l'image du vieux docteur parcourant les villages par tous les temps, sur une bique plus ou moins impotente comme lui, ou dans une carriole antédiluvienne, aux bruits de ferraille, qui est saluée avec joie comme celle d'un ami, d'un bienfaiteur, par les jeunes comme par les anciens.

Et comme il est heureux que ce brave fils d'Hippocrate aime son métier et ne s'en fatigue pas plus qu'on ne se lasse de soi-même, qu'il en soit arrivé à s'illusionner sur tout ce qui l'entoure, à ne pas voir en laid, sites et gens, à ne pas se lasser du moins de cette vie monotone, où il faut parcourir quotidiennement les mêmes sentiers, pénétrer dans les mêmes taudis, affronter les mêmes doléances, oublier le relent des promiscuités misérables, lutter contre l'impéritie et l'imprévoyance du plus grand nombre.

Il n'y a que la paternité, cette paternité morale, admirable, dont j'ai parlé plus haut, qui puisse lui permettre de s'aveugler sur les travers et les défauts de ceux qu'il a adoptés, qui l'ont conquis.

Dr Grellety,
(de Vichy).

Ne négligez jamais d'éclaircir ce point, en présence d'un malade qui déclare perdre la mémoire. C'est un critérium de premier ordre. Quand vous voyez un paralytique général amnésique, interrogez sa femme : elle vous dira qu'il oublie tout. La lacune de mémoire est appréciable pour le malade et pour ceux qui vivent avec lui. Au contraire, chez le neurasthénique amnésique, l'entourage ne s'aperçoit de rien. C'est que l'amnésie des neurasthéniques n'est pas une véritable amnésie. Elle tient à des distractions, à de la difficulté des notations, des souvenirs.

Dans le cas de notre malade, nous trouvons seulement les troubles de mémoire des asthéniques nerveux. Il s'agit d'asthénie nerveuse, avec prédominance de l'amnésie. Il y a, aussi, quelques phénomènes morbides gastriques.

Traitement :

1° Douze heures de lit.

2° Prendre, au début de chaque repas, une cuillerée à café de la solution suivante :

Sulfate de strychnine......... 0 gr. 03 centigr.
Eau distillée................ 100 grammes.

Continuer dix jours ; suspendre 10 jours, et recommencer.

3° Un quart d'heure après chaque repas, prendre une cuillerée à café rase de bicarbonate de soude, dans un peu d'eau.

Purpura et mercurialisation.

Malade, syphilitique, qui éprouve, depuis trois semaines, une difficulté de la marche due à des douleurs musculaires et arthralgiques. Il offre, sur les membres inférieurs, une poussée de purpura et les douleurs dont il se plaint sont celles qui accompagnent assez souvent le purpura. Le patient a pris beaucoup de mercure. Bien qu'en général un tel purpura avec arthralgies soit d'origine infectieuse, on pourrait néanmoins se demander s'il n'y a pas là un élément pathogénique, d'ordre toxique, tenant à l'excès de mercure ingéré.

Comme traitement : repos ; cesser le mercure ; ouate sur les genoux ; prendre un litre de lait, en sus de l'alimentation.

Phobies.

Femme de 35 ans, dont voici l'observation résumée : ayant eu, à l'âge de 25 ans, une embolie pulmonaire, elle a commencé, dans la suite, à avoir peur de l'embolie. Plus tard, un jour, se trouvant seule, elle appela et personne ne répondit ; à partir de ce moment, une nouvelle crainte l'envahit : la peur d'être seule. Une autre fois, se promenant dans la rue, elle eut une courte perte de connaissance ; depuis, elle a de l'agoraphobie et elle ne peut sortir qu'accompagnée. La peur de l'embolie est aujourd'hui passée ; mais la phobie de la solitude et la phobie de la rue persistent.

Je vous ai montré, dans une précédente leçon, deux exemples de phobie hypochondriaque ; le premier malade avait peur de la tuberculose, le second, de la folie. La malade actuelle se rapproche de cette phobie hypochondriaque.

Que faut-il pour produire une phobie ? Deux choses, en général : 1° un fonds mental particulier, de doute, d'indécision, de tendance à l'appréhension, qui existe chez un grand nombre de névropathes héréditaires ; 2° une condition seconde, un incident, qui détermine l'orientation de la mentalité. Cet incident fut, chez un de nos malades (phobie de la tuberculose) une bronchite aiguë; chez un autre (phobie de la folie) une lecture médicale. Dans le cas présent, l'agoraphobie s'est développée à la suite d'un vertige, suivi de chute, dans la rue. La malade en a conservé l'impression et elle a peur de traverser les voies publiques. Ici, à la vérité, la peur n'est pas créée par l'espace, mais par le souvenir d'un accident passé ; c'est une agoraphobie spéciale, qui touche à la phobie hypochondriaque.

Pour ces malades, le traitement moral a une certaine utilité. On peut les améliorer et les guérir par la rééducation, de même que l'on guérit un enfant, par exemple, qui a peur d'un objet en l'habituant progressivement, en l'approchant petit à petit de cet objet. La rééducation n'est pas applicable à toutes les phobies, mais elle l'est dans le cas dont nous nous occupons.

Nous dirons à notre malade : « Madame, il faut bien vous convaincre d'abord, que rien de fâcheux ne peut vous arriver. La peur, si elle ne se commande pas, se domine. Sortez seule et, pour commencer, marchez le long de votre maison, puis de la maison voisine. Les jours suivants vous irez un peu plus loin et ainsi de suite ». La cure doit être progressive et lente. Si l'on demande beaucoup d'emblée, l'angoisse devient trop vive et on n'obtient rien.

On ajoutera à ce traitement moral quelques médicaments, la solution de strychnine, le bromure, pendant 8 jours suivis de 8 jours d'interruption, etc.

Vraie et fausses scléroses en plaques.

Malade, syphilitique depuis 8 ans. Nous trouvons chez lui, à l'examen : de la raideur des deux jambes avec trépidation spinale, des réflexes exagérés, un léger nystagmus. C'est une paraplégie spasmodique avec nystagmus.

Est-ce bien une sclérose en plaques vraie ou une myélite diffuse lombaire spécifique, une fausse sclérose en plaques ? A côté de la sclérose en plaques type, il y a des fausses scléroses en plaques. Ces dernières offrent une différence capitale avec la première. Dans la sclérose en plaques vraie, les cylindres axes sont conservés, de telle sorte que, au-dessous de la plaque scléreuse, il n'y a pas de dégénérescence secondaire. Mettez au contraire une plaque de myélite diffuse banale ; vous aurez, au-dessous, de la dégénérescence secondaire.

Dans le cas présent, on pourrait penser à la myélite diffuse, à la fausse sclérose en plaques. Toutefois, il convient d'être réservé sur le traitement spécifique : chez ces malades, atteints de paraplégie spasmodique, la médication hydrargyrique aggrave parfois la situation. Nous avons fait, il y a 6 mois, 7 ou 8 piqûres d'huile grise. Nous les reprendrons prudemment.

Traitement :

1° Faire 4 piqûres d'huile grise.

2° Donner, le matin, au premier repas, les trois premiers jours de la semaine, un des paquets suivants :

Poudre de seigle ergoté fraîchement préparé, 0 gr. 20. (Souvent le seigle atténue les phénomènes spasmodiques.)

3° Prendre, à chaque repas, 8 gouttes de solution de Pearson.

Asthénie nerveuse.

Malade se plaignant d'asthénie intense nerveuse, de faiblesse, de fatigue, d'amnésie, de pertes de liquide prostatique (pertes séminales pour le patient).

Traitement :

1° Faire, chaque matin, une friction avec un gant de flanelle imbibé d'alcool camphré.

2° Prendre, à chaque repas, 8 gouttes de la solution de Pearson. Continuer cette solution dix jours et la remplacer par :

3° Une cuillerée à café, au début de chaque repas, de la préparation suivante :

Sulfate de strychnine..... 0 gr. 03 cgr.
Eau.................. 100 gr.

Recommencer, après dix jours de repos, la solution de Pearson.

4° Prendre, à la fin du dîner, une cuillerée à soupe de :

Bromure de potassium..... 25 gr.
Eau..................... 500 gr.

Hémiplégie spasmodique infantile ancienne.

Jeune homme de 29 ans. Hémiplégie spasmodique à l'âge de 9 ans. Il reste des phénomènes légers d'hémiplégie pour lesquels le malade demande un traitement. Que pouvons-nous faire, en pareil cas ? Rien, c'est une affection ancienne, une infirmité et non une maladie en évolution. La dégénérescence du faisceau pyramidal est terminée. Rien à espérer du traitement.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Heureuse influence de la radiothérapie sur les bronchites chroniques et sur l'asthme bronchique.

C'est par un heureux hasard que Schilling (*Munch. med. Wochens.*, n° 37, 1906), est parvenu à établir l'influence favorable que possédaient les rayons Röentgen sur les bronchites chroniques et sur l'asthme bronchique. Il rapporte sept observations dans lesquelles à la suite d'une seule exposition à la lumière, faite dans un but de diagnostic, les sécrétions bronchiques ont notablement diminué ; l'état subjectif et particulièrement le repos de la nuit se sont considérablement améliorés.

Cette amélioration, et même la disparition de la bronchorrhée ainsi que celle de l'asthme persistent pour quelques cas pendant deux et trois mois.

Il s'agirait d'une action exercée sur les glandes muqueuses grâce à la transparence du parenchyme pulmonaire pour les rayons X.

Cette nouvelle méthode thérapeutique permettra naturellement d'obtenir les meilleurs résultats dans les bronchites emphysémateuses, et les bronchites qui accompagnent les accès d'asthme. Les effets seront moins satisfaisants chez les pulmonaires et les cardiaques.

Les rayons doivent être dirigés plus particulièrement sur les territoires malades, tout en atteignant le plus grand nombre possible de zones pulmonaires. En faisant ainsi varier la position de l'ampoule électrique, il faut éviter de la placer au niveau des grosses masses musculaires. L'exposition dure 10, 15 et même 20 minutes ; l'ampoule est placée à quinze centimètres de la paroi thoracique.

CHRONIQUE DE MÉDECINE SOCIALE

La médecine légale des accidents du travail (*Suite et fin.* Voir les nos 28, 29 et 30 du *Concours Médical*).

Par le Dr Ch. Divernerèsse (de Saint-Mandé).

TABLEAU DE QUELQUES JUGEMENTS RELATIFS AUX RÉDUCTIONS D'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE, pouvant servir par comparaison pour l'appréciation de l'incapacité d'un cas particulier soumis à l'appréciation d'un médecin ou d'un expert.

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE Francs
GENOU				
Volumineux corps étranger avec léger épanchement intra-articulaire pouvant être extirpé par une opération que le blessé n'est pas obligé de subir, déclare l'expert. Expertise Thoinot, 7 avril 1906 ; enregistré le 9 avril 1906, n° 552. Incapacité de 5 %.				

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
JAMBE				
De graves blessures aux jambes rendant la marche très pénible et nécessitant l'emploi de béquilles entraînent pour un ouvrier couvreur atteint de ces infirmités une réduction de capacité professionnelle égale à 75 % de son salaire (couvreur)...............	C. Rennes (Ve ch.), arrêt 20 février 1906. Rec. Rennes, 1.89, 1906.			
Gêne dans la marche (terrassier)..................	Narbonne, 25 juillet 1900.	900 »	13 32 %	6.66 % = 60 »
Pseudarthrose tibiotarsienne (mineur)	Ambert, 5 juin 1900.	1.023 »	33.32 %	16.66 % = 170.50
Fracture de jambe, Raccourciss. (Ouvrier de chemin de fer)	C. de Paris, 7 juillet 1900.	1.000 »	33.40 %	16.70 % = 167 »
Fracture de jambe rendant impossible toute station debout (scieur)..............................	Aurillac, 6 mars 1900.	900 »	66.66 %	33.33 % = 300 »
Amputation de jambe (charretier)...............	Rouen, 27 février 1901.	?	95 %	74.50 % = ?.
Blessure à la jambe gauche (mineur)..............	Privas, 17 mai 1900.	926 »	50.52 %	25.26 % = 234 »
Fracture de la jambe gauche consolidée avec déviation du pied (ouvrier mineur)..................	Marseille, 4 déc. 1900.	1.058 »	20 %	10 % = 105.80
Fracture du péroné. Arrachement de la malléole avec subluxation du pied (charretier)..............	Vannes, 9 août 1900.	720 »	65 %	32.50 % = 234 »
Phlébite consécutive à une contusion de la jambe gauche avec impossibilité de station verticale et d'efforts (brasseur)	Nancy, 4 nov. 1900.	1.080 »	20 %	10 % = 108 »
Arthrite chronique avec claudication de la jambe gauche avec conservation de la flexion et de l'extension (ouvrier)	Lyon, 17 mai 1901.	1.279 20	18 %	9 % = 115.20
Raccourcissement de la jambe gauche avec écartement malléolaire et déviation du pied en dehors (zingueur)	Villefranche, 13 juillet 1900.	1.625 23	44.62 %	22.31 % = 362.60
Fracture consolidée de la jambe gauche suivie d'œdème (ouvrier)	Narbonne, 16 mai 1900.	1.200 »	66.66 %	33.33 % = 400 »
Amputation de la jambe gauche (aiguilleur)........	Vouziers, 28 mars 1900.	1.250 »	80 %	40 % = 500 »
Amputation de la jambe gauche (scieur)...........	Castellane, 15 mars 1901.	1.350 »	70 %	35 % = 460 »
Amputation de la jambe gauche (forgeron).........	Wassy, 26 juillet 1900.	900 »	62.22 %	31.11 % = 280 »
Amputation de la jambe gauche (entrepreneur).....	Marseille, 11 déc. 1900.	950 »	60 %	30 % = 285 »
Amputation de la jambe gauche (terrassier)........	Versailles, 21 octobre 1900.	1.324 27	70 %	35 % = 463.50
Amputation de la jambe gauche (terrassier)........	Bar-le-Duc, 27 juin 1900.	1.000 »	72 %	36 % = 360 »
Amputation de la jambe gauche (garde-frein).......	Toulouse, 14 mars 1901.	1.388 25	75 %	37.50 % = 520.59
Amputation de la jambe gauche (ouvrier)..........	Narbonne, 5 déc. 1900.	1.050 »	75 %	37.50 % = 393.70

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Perte de la jambe gauche (charretier).............	C. de Rennes, 12 déc. 1905.	?	66 %	33 % = ?
Amputation de la jambe droite au ras du genou (ouvrier d'entreprise)........................	Paris, 12 janvier 1901.	2.400 »	66 %	33 % = 800 »
Amputation de la jambe droite au ras du genou (chantier de coupe de bois)........................	Limoges, 7 novemb. 1900.	1.050 »	90 %	45 % = 472.60
Amputation de la jambe droite au ras du genou (verrier manœuvre portefaix)...................	C. de Bordeaux, 20 juin 1900.	1.200 »	83.32 %	41.66 % = 500 »
Amputation de la jambe droite au ras du genou (mineur)..................................	C. de Douai, 4 juillet 1901.	900	62.20 %	31.10 % = 280
Fracture compliquée du 1/3 inférieur de la jambe droite avec raccourcissement et articulation tibio-tarsienne, ankylose (terrassier)................	Trévoux, 14 août 1900.	1.188 »	84 %	42 % = 498.96
Fracture de la jambe droite avec claudication définitive (cocher)............................	C. de Paris, 1er février 1901.	2.100 »	33.33 %	16.66 % = 350 »
Fracture comminutive de l'extrémité du fémur droit (V. épaule)...........................				
Raccourcissement de la jambe droite avec claudication (maçon)..........................	Nancy, 20 déc. 1900.	1.112 »	28.04 %	14.02 % = 156 »
Raccourcissement de la jambe droite avec claudication (employé âgé de 11 ans)..................	Lille, 28 juin 1900.	900 »	25 %	12.50 % = 112 »
Fracture grave de la jambe droite avec consolidation vicieuse, cal volumineux du péroné comprimant l'espace inter-osseux (manœuvre)..............	Chambéry, 11 août 1900.	720 »	40 %	20 % = 144 »
Ecrasement de la jambe droite suivi de pseudarthrose et raccourcissement de 7 cm. Marche avec pilon (ouvrier)..............................	Besançon, 11 juillet 1900.	853 »	80 %	40 % = 349.20
Fracture de la jambe droite et contusion de la jambe gauche avec diminution de force de la jambe gauche (terrassier).............................	Lille, 29 nov. 1900.	1.305 »	20 %	10 % = 130 »
Fractures de la jambe droite et de la cuisse gauche avec raccourcissement de ce côté et déviation du membre (terrassier).........................	Lille, 2 août 1900.	1.000 »	40 %	20 % = 200 »
Amputation de la jambe droite et des 1res phalanges des 2 orteils du milieu du pied gauche (transports).	Béthune, 15 février 1900.	810 »	79 %	39.50 % = 320 »
Perte de la jambe gauche et écrasement du pied droit (ouvrier gazier)........................	Montluçon, 22 juin 1900.	1.530 »	100 %	50 % = 576 »
De graves blessures aux jambes rendant la marche très pénible et nécessitant l'emploi de béquilles, entraînent pour un ouvrier couvreur atteint de ces infirmités une réduction de capacité professionnelle égale à 75 % de son salaire.	Cour de Rennes, 20 février 1906.			
PIEDS				
Amputation du pied suite d'écrasement de la partie antérieure jusqu'au talon.....................	Bourg, 2[illegible] 1906.	»	65 %	32.50 % = »

DÉSIGNATION ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT	DÉCISION judiciaire	Salaire du blessé	Taux de l'incapac.	RENTE ALLOUÉE
Fracture du calcanéum (expertise Courtois-Suffit)...			30 %	15 % = »
Amputation du gros orteil (ouvrier)...............	Havre, 31 mai 1900.	1.800 »	10 %	5 % = 90 »
Amputation de 3 orteils et désarticulation tarsométatarsienne nécessitée par l'infection de la plaie (ouvrier de voie ferrée)........................	Sarlat, 13 déc. 1899.	868 »	66.66 %	33.33 % = 289.33
Perte d'un pied (rattrapeur de rognures de fer)......	Lorient, 12 juin 1900.	480 »	50 %	25 % = 120 »
Perte d'un pied (ouvrier)........................	C. de Nancy, 8 mars 1901.	1.320 »	50 %	25 % = 330 »
Entorse et arthrite du pied droit (chaudronnier).....	Lille, 24 janvier 1901.	1.928 25	20 %	10 % = 192 »
Déformation du pied droit suite de fracture bimalléolaire tibio-tarsienne. Gêne de la marche et de la station verticale (ouvrier d'usine)...............	Nancy, 13 mai 1901.	1.256 »	10 %	5 % = 62.80
Amputation du pied droit (terrassier).............	Lyon, 7 mars 1901.	790 »	70 %	35 % = 276.50
Amputation du pied droit (mineur)...............	Dijon, 23 juillet 1900	484.70	65 %	32.50 % = 157.37
ETAT GÉNÉRAL				
Diminution des forces évaluée aux 9/10 de la puissance du travail (ouvrier)......................	Alais, 5 janvier 1900.	800 »	90 %	45 % = 360

Hystéro-traumatisme

Pour le règlement de l'indemnité due à un ouvrier victime d'un accident du travail, *il n'y a lieu de tenir compte que de son état actuel* et l'on doit considérer comme absolue l'incapacité résultant, dans l'espèce, d'une hystérie traumatique, dès qu'il est établi que la victime est hors d'état de se livrer à un travail quelconque, *alors même qu'une guérison serait vraisemblable.*
(*Cour de Caen*, 26 *juillet* 1905.)

L'incapacité de travail consécutive à un hystéro-traumatisme doit être considérée comme permanente, en dépit de l'éventualité toujours probable de la guérison en pareille matière ; et, en raison des dispositions impératives de la loi forfaitaire du 9 avril 1898, cette éventualité ne permet pas au juge de réduire le taux de l'incapacité. (*Trib. civ. de Roanne*, 17 *nov.* 1906.)

La rente due à l'ouvrier atteint d'incapacité permanente par suite d'un accident du travail doit se fixer *d'après son état actuel*, sans qu'il y ait lieu de statuer pour l'avenir sur de simples probabilités dont la réalisation ultérieure peut seulement, le cas échéant, fonder une action en révision ; dès lors, *le juge ne peut*, même suivant l'avis des experts, *allouer une rente dégressive* qui s'abaisserait à un chiffre déterminé à partir d'une certaine date. (*Cour de Douai*, 12 *mai*).

Maladie persistante et prédispositions morbides

La détermination de l'indemnité que la loi met à la charge du chef de l'entreprise en cas d'incapacité permanente absolue ou seulement partielle dépend de la combinaison de deux éléments : *le salaire annuel de l'ouvrier blessé*, d'une part, *les facultés de travail que lui laisse l'accident*, d'autre part ; il n'est pas permis au juge d'évaluer les facultés de travail d'après les suites que l'accident aurait eues sans les prédispositions morbides de la victime : il ne doit prendre en considération, pour faire cette évaluation que le salaire que l'ouvrier blessé pourra gagner dorénavant, rapproché de celui qu'il gagnait auparavant.

Spécialement, *le juge ne peut*, au lieu de déterminer le chiffre de la réduction normale du salaire en vertu de son pouvoir souverain d'apprécier l'état actuel du blessé, *fixer ce chiffre eu éliminant* autant que possible de l'impotence fonctionnelle dont est atteint l'ouvrier, *l'élément imputable aux prédispositions morbides.*
(*Cour de cassation* (*Ch. civ.*) 31 *juillet* 1906.)

L'état de maladie de la victime d'un accident du travail avant l'accident ne saurait être pris en considération pour étudier les conséquences légales de l'incapacité constatée par les juges du fait ; le salaire annuel que touche alors l'ouvrier donne la mesure légale de sa valeur professionnelle. (*Cour de cassation*, *Req.* 12 *avril* 1907.)

Pour la fixation de l'indemnité forfaitaire fixée par la loi du 9 avril 1898, il doit être tenu compte de deux éléments ; *d'une part des facultés de travail que l'accident laisse subsister* chez la victime ; *d'autre part du salaire qu'elle recevait. Il serait arbitraire d'admettre* un troisième élément, soit *une tare physiologique* existant chez un ouvrier blessé.

Dès lors il n'y a pas lieu de faire état de la prédisposition aux complications hystériques que présentait la victime d'un accident du travail.
(*Cour de Poitiers*, 1re *Ch.* 10 *août* 1906.)

Lorsque l'accident survenu à un ouvrier sur le lieu et pendant son travail a, sinon causé la mort, tout au moins accéléré et aggravé la maladie dont il est mort, on doit décider que c'est bien par suite d'un accident du travail prévu par la loi de 1898 que l'ouvrier est mort. (*Cour de Lyon*, 20 *mai* 1904.)

L'expression de l'article 3 de la loi de 1898 « accident suivi de mort » *n'indique pas que la responsabilité de*

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale.

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale après dix ans de participation au « Patronage » et 50 ans d'âge ; (la retraite sera égale pour tous quel que soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, *après une année de participation*, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 %.

Remplir le bulletin d'adhésion ci-contre et l'adresser au siège social du PATRONAGE MÉDICAL 23, rue de Dunkerque, Paris.

Les statuts complets sont envoyés sur demande.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividendes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Les adhésions reçues après le 1er octobre ne participent pas au dividende de l'année.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

BULLETIN D'ADHÉSION

*Je soussigné (nom et prénoms)*____________________
*Médecin à*____________________*Département de*__________
*né le*______________*à*______________*Département*__________
déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le Dr* MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer*____________________*parts au prix de cinquante francs l'une.*

(a) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de*__________
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* __________
} **représentant le montant de ma participation**

____________________*le*____________________

(SIGNATURE)

(a) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

l'entreprise puisse être subordonnée à la preuve que l'accident est la seule et unique cause de la mort et qu'elle cesse de lui incomber quand, par suite d'une prédisposition morbide, la constitution physique du malade l'a en partie déterminée.

Spécialement, l'entreprise *ne saurait invoquer l'alcoolisme du blessé*, alors qu'il est incontestable que ce sont les brûlures graves, conséquence de l'accident, qui ont déterminé les désordres ayant entraîné la mort établissant ainsi une *relation directe de cause à effet entre la mort et l'accident.*

(*Cour de Rouen*, 1re *Ch.*, 27 *février* 1901.)

Quand il est prouvé qu'un accident est la cause de *l'éclosion d'une maladie à l'état latent ou de l'aggravation d'une maladie préexistante*, en l'espèce la tuberculose, et que le mal qui sommeillait s'est aggravé sous l'effet du traumatisme qui en a facilité la marche, les tribunaux doivent décider qu'il y a une *relation de cause à effet* entre ces accidents et l'incapacité ou la mort de la victime. (*Cour de Nancy*, 7 *août* 1906.)

Il n'y a pas lieu de rechercher, pour un ouvrier blessé, quel pouvait être, avant l'accident, l'état d'infériorité physique dans lequel il se trouvait ; la seule base d'appréciation résulte de la différence entre le salaire qu'il touchait avant l'accident et celui qu'il pourra toucher à l'avenir. (*Cour de Rennes*, 1re *Ch.*, 14 *mai* 1906.)

L'estimation de la réduction de capacité résultant de l'accident est le seul criterium qui doive servir à déterminer la rente à accorder à l'ouvrier blessé. La seule comparaison du salaire gagné avant l'accident par la victime avec celui qu'elle peut gagner depuis l'accident, tout en conduisant parfois à une estimation exacte, n'est pas le mode légal d'apréciation, aux termes de la loi de 1898.

(*Cour de Rennes*, 12 *décembre* 1906.)

Paiement de l'indemnité temporaire

ET DES FRAIS MÉDICAUX NONOBSTANT APPEL ET OPPOSITION.

Aux termes de l'article 15 de la loi de 1905, le juge de paix du canton où l'accident s'est produit est compétent *en dernier ressort*, sur les questions d'indemnité temporaire, *à quelque chiffre que la demande puisse s'élever*. Il doit juger *dans les quinze jours* de la demande. Ses décisions sont exécutoires *nonobstant opposition ou appel.*

Même dans le cas où l'indemnité est permanente, le juge de paix doit fixer le montant de l'indemnité journalière.

L'exécution provisoire nonobstant opposition ou appel des jugements statuant sur l'indemnité journalière, les frais d'hospitalisation, médicaux et pharmaceutiques, est obligatoire et de droit sans qu'il soit besoin pour le tribunal de la prononcer spécialement, et que le jugement en fasse mention.

Cette exécution provisoire obligatoire ressort des articles 15 et 16 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, le législateur de 1905 ayant pris soin d'indiquer que les décisions judiciaires relatives aux indemnités ci-dessus visées sont exécutoires par provision.

(*Tribunal civil de Gex*, 17 *octobre* 1906.)

L'incapacité journalière est payable aux époques et lieu de paye usités dans l'entreprise, sans que l'intervalle puisse excéder seize jours. (*Art.* 3 *de la loi du* 9 *avril* 1898 *modifiée par la loi du* 31 *mars* 1905).

CONDAMNATIONS A DES DOMMAGES-INTÉRÊTS ENVERS LE MÉDECIN ET LE BLESSÉ POUR RETARD INJUSTIFIÉ DE PAIEMENT.

Malgré les précautions prises par le législateur au moyen de cette dernière disposition et de celles qui réservent aux décisions judiciaires statuant sur le paiement de l'indemnité journalière l'exécution nonobstant opposition ou appel, il arrive trop souvent que le patron, ou plutôt la Compagnie d'assurances qui plaide sous son nom, s'efforce par tous les moyens de retarder le paiement du demi-salaire.

Lorsque la mauvaise foi du patron peut être prouvée, il y a lieu de demander l'application de l'article 1153 du Code civil, modifié par la loi du 7 avril 1900 :

« Le créancier, auquel son débiteur en retard a causé par sa mauvaise foi un préjudice dépendant de ce retard, peut obtenir des dommages-intérêts distincts des intérêts moratoires. »

Cette disposition a été déjà appliquée dans des affaires concernant les accidents du travail par les jugements ci-après :

1° *Justice de paix de Vincennes*, 5 *mai* 1905.

Attendu que, le 9 février dernier, G.... blessé a assigné X.... patron en paiement de 132 fr. pour indemnité temporaire et qu'à la date du 17 du même mois, le tribunal a condamné, par défaut, le défendeur à la somme réclamée ;

Attendu que le 11 mars suivant, X... patron a formé opposition, en soutenant que la consolidation était acquise ;

. . . .

Attendu que le blessé a assigné X.... pour assister à la lecture du rapport ; *qu'en outre de ses conclusions, il a, à l'audience, demandé* 100 *fr. de dommages-intérêts pour le préjudice que lui aurait fait éprouver X.... en retardant systématiquement et par malveillance le paiement de l'indemnité temporaire ; et réclamé pour le tout l'exécution provisvire nonobstant appel et sur minute* ;

En ce qui touche les dommages-intérêts, attendu qu'en faisant défaut sur l'assignation du 9 février et ne faisant opposition au jugement du 27 qu'après sa signification, X....,ou plutôt la Compagnie d'Assurances qui le représente, a sans motif légitime, retardé le service de l'indemnité temporaire et privé G..., pendant un mois, de son unique moyen de subsistance ;

Que vainement, pour se soustraire aux conséquences de cet acte préjudiciable, il invoque le caractère forfaitaire de l'indemnité ; que ce caractère ne s'applique qu'au quantum du salaire qui leur sert de base, et ne saurait dans aucun cas couvrir des *agissements quasi-délictueux* ;

Par ces motifs, le tribunal confirme le jugement par défaut du 17 février dernier ;

Condamne, en outre, X.... à 25 *fr. de dommages-intérêts et aux nouveaux dépens* ;

Ordonne l'exécution provisoire nonobstant appel, même sur minute du présent jugement.

2° *Justice de paix de Boulogne-sur-Seine*, 24 *avril* 1907.

Attendu qu'il est constant que le demandeur a produit des certificats au début et à la fin du traitement ;

Que le défendeur n'a pu ignorer les soins donnés à son ouvrier, auquel il a dû payer l'indemnité de demi-salaire ;

Qu'en contestant contrairement à la vérité et sans la moindre apparence de fondement l'intervention même du Dr N., il a commis un véritable abus du droit de défense et une faute lourde ;

Que cette faute a occasionné un préjudice moral certain au demandeur et même un préjudice matériel, car nous avons ordonné sa comparution personnelle pour le confronter avec la victime de l'accident ;

Que nous possédons les éléments d'appréciation suffisants pour évaluer à cinquante francs les dommages intérêts qui doivent être alloués en réparation de ce préjudice ;

. . . .

Par ces motifs,...

Condamnons pour les causes sus-énoncées le sieur C..... à payer au demandeur la somme de........ et celle de cinquante francs à titre de dommages-intérêts.
Le condamnons en outre aux dépens.

Certains juges de paix n'avaient pas même attendu que la loi du 7 avril 1900 eût apporté cette modification au Code civil pour prononcer une condamnation à des dommages-intérêts en cas de préjudice causé par le retard injustifié dans le paiement de l'indemnité temporaire.
Nous en citerons comme exemple le jugement suivant :

3° *Justice de paix de Villejuif, 26 septembre* 1899.

Attendu que X....,après des démarches successives en vue d'obtenir des versements partiels égaux à la moitié de son salaire, soit 3 fr. 35 par jour, s'est vu répondre, par une fin de non-recevoir de la part de Y... et Z.... ; de ce refus, il ressort, pour la situation de X..., un préjudice dont il y a lieu de tenir compte et dont le tribunal a les éléments d'appréciation ;
Attendu qu'aux termes de ses conclusions, X... réclame une somme de 60 francs de dommages-intérêts pour indemnité de frais et démarches occasionnées par l'instance ; par ces motifs, condamne Y... et Z.... à payer à X.... la somme de 250 fr. 10 pour l'indemnité de salaire à raison de 66 jours d'incapacité de travail ;
Les condamne, en outre, à payer à X.... une somme de 60 fr. de dommages-intérêts, pour indemnité des frais et démarches occasionnés par leur résistance à ses réclamations répétées, et les condamne aux dépens.

Comme l'ouvrier, le médecin peut lui-même demander des dommages-intérêts lorsque la mauvaise, volonté de son débiteur lui a causé un préjudice.Le jugement suivant est une application de ce principe :

4° *Justice de paix de Marseille, 2e canton, 26 juillet* 1906

Attendu que le demandeur produit des certificats médicaux desquels il résulte qu'il a été blessé le 25 mai ; attendu qu'il y a lieu d'accueillir cette demande et de rejeter les moyens du défendeur ;
Par ces motifs, condamnons la Société métallurgique : 1° à payer son demi-salaire à O.. ; 2° ...... ; 3° la somme de 3 fr. 90 pour frais occasionnés par deux voyages à Marseille.

5° *Justice de paix de Bléré, 3 mai* 1907.

Attendu en ce qui concerne les dommages-intérêts demandés par le Dr L....., qu'il nous semble équitable que, dans une certaine mesure, le demandeur soit dédommagé de ses pertes de temps, démarches, consultations et autres, dont il ne saurait être rendu responsable ;
Que nous possédons les éléments nécessaires pour apprécier le chiffre de ces dommages-intérêts ;
....
Par ces motifs,...
Condamnons G... et V... à payer au Dr L....
1°...
2° Et celle de vingt-cinq francs à titre de dommages-intérêts.
Les condamnons en outre aux dépens.

EXPERTISES.

Cour de cassation (Civ.) Arrêt du 19 février 1907.

(*Gaz. Palais*, 5 mars 1907.)

Si en l'absence de dispositions expresses de la loi, l'inobservation des formalités prescrites par les art. 325 et suiv. C. Pr. civ.. n'entraîne pas nécessairement, dans tous les cas, la nullité de l'expertise, cette nullité doit être prononcée lorsque l'irrégularité commise a pour conséquence de porter atteinte à la libre défense des parties.

RISQUE DE LA CHLOROFORMISATION A LA CHARGE DU PATRON.

Trib. civ. d'Avranches, Jugement du 8 fév. 1907

(*La Loi*, 10 avril 1907.)

Les aggravations des conséquences des accidents du travail dues à une cause non imputable à la victime et notamment la mort provenant de la chloroformisation au cours d'une intervention chirurgicale sont des suites naturelles de l'accident du travail, et comme telles, doivent faire bénéficier la victime, et en cas de décès,ses ayant droits,de la réparation forfaitaire organisée par la loi du 3 avril 1898.

FIXATION DE LA DATE DE LA CONSOLIDATION

Cour de Rennes (Ve Ch.), *arrêt du* 20 *février*

(*Rec. Rennes* 1906, p. 89.)

La consolidation de la blessure doit être fixée par les Tribunaux, le jour où l'état de la victime d'un accident est devenu définitif.

LA RÉVISION.

Cour de cassation. Ch. civ., arrêt du 29 *mai* 1906.

(*Le Droit*,15 nov. 1906.)

La demande en révision fondée sur une aggravation de l'infirmité est recevable, que l'indemnité allouée ait été l'indemnité journalière du demi-salaire ou la rente allouée au cas d'incapacité permanente.

Cour de cassation, Ch. civ., arrêt du 13 *fév.* 1906. — (*Recueil judiciaire des Accidents du Travail*, 1906, p. 242.)

La victime d'un accident,qui,en conciliation devant le Président du Tribunal, déclare sous toutes réserves de droit qu'elle se considère guérie des suites de sa blessure,peut, en cas d'aggravation, intenter une action en révision.

Cour de cassation, Ch. req., arrêt du 9 *janv.* 1906.— (*Recueil judiciaire des Accidents du Travail*,1906, *p.* 223.)

L'état des victimes des accidents du travail demeurant incertain pendant trois ans, en vertu de l'article 19 de la loi de 1898, peut être soumis à des révisions successives et nécessiter des décisions différentes, répondant à des situations également différentes.
Une demande en révision faite dans les délais prescrits par la loi peut être admise bien qu'une demande antérieure ait été rejetée, si depuis le rejet une aggravation de l'infirmité de la victime a été constatée.

ÉTUDES ET PROJETS

L'organisation méthodique et rationnelle du syndicalisme médical.

Peu à peu, d'une façon moins pressée peut-être que ne le souhaiteraient les impatients, mais avec plus de souci des intérêts solidaires que d'une vaine régularité géographique, s'organise le mouvement tant réclamé par MM. Bolliot (de Lyon), Lambin (de Lille) ; au cours des dernières années. Il s'opère surtout d'après les indications jadis données par J. Noir, qui faisait appel à l'initiative des groupements constitués et les invitait à se rechercher, plutôt qu'à attendre un mot d'ordre très difficile à formuler en termes d'application facile et générale.

Logiquement se constituent des Fédérations départementales (Eure, Calvados, Loiret), la Fédération régionale de la Franche-Comté (Belfort, Jura, Doubs, Hte-Saône).

Mais, non moins logiquement, se préparent des sectionnements nécessaires dans les groupes trop vastes.

Nous avions signalé le projet relatif au Syndicat du Rhône. Notre ami le Dr Vimont présente, dans l'article ci-dessous du *Bulletin du Syndicat de la Seine*, la méthode qui s'impose dans ce dernier.

LES SECTIONS OU CIRCONSCRIPTIONS SYNDICALES D'ARRONDISSEMENT

Le Syndicat des Médecins de la Seine compte actuellement environ 1.000 médecins. Pourquoi ce petit nombre de syndiqués sur 4.000 praticiens exerçant à Paris et dans la Seine ? Pourquoi grand nombre de confrères négligent-ils d'entrer dans nos rangs et, méconnaissant les services rendus par le syndicat, le considèrent-ils comme un groupement réduit à l'impuissance ?

C'est qu'un grand Syndicat, comme celui de la Seine, ne peut guère s'occuper que des intérêts généraux de la profession, en mettant au second plan les intérêts particuliers de chacun de ses membres.

Si le Conseil syndical prêtait une attention trop grande aux petits intérêts particuliers, il perdrait un temps énorme à satisfaire quelques douzaines de confrères, mais mécontenterait les autres en négligeant les grandes questions à l'ordre du jour.

Si au contraire, il s'adonne aux questions purement professionnelles, il néglige les affaires particulières de tel ou tel syndiqué qui jette l'anathème sur le Conseil, en l'accusant de n'être qu'un groupe de rhéteurs.

Nous médecins, comme beaucoup d'autres, nous sommes avant tout des égoïstes. Nous nous réunissons en syndicat surtout pour défendre nos intérêts lésés, et nous aider mutuellement à gagner notre pitance journalière, en écartant les obstacles qui s'opposent à notre mieux être.

Mais pour que cette défense soit efficace et réelle, il faut qu'un syndicat soit homogène ; que tous ses membres aient des intérêts communs à défendre.

C'est cette nécessité qui explique la création des nouveaux syndicats des journalistes médicaux, des oculistes, des électrologistes, etc.

Si nous considérons le Syndicat des médecins de la Seine, nous voyons qu'il n'est en réalité qu'une agglomération de confrères ayant des intérêts souvent opposés: les uns sont médecins libres, les autres fonctionnaires.

Dans une même catégorie de confrères, il peut y avoir même des besoins et des aspirations différentes. Les intérêts des praticiens des quartiers riches ne sont pas ceux des médecins des quartiers ouvriers, ceux de telle banlieue ne correspondent pas à ceux des confrères parisiens d'une autre banlieue. Aussi quand une question vient à l'ordre du jour, il faut l'examiner dans toutes ses faces, voir si elle ne nuit pas à telle ou telle catégorie de confrères. La séance se termine souvent par un ordre du jour, ayant toujours pour correctif le respect des situations acquises, et comme presque tous nous avons quelques petites fonctions ou attaches, c'est toujours le *statu quo*. En un mot, nous tous syndiqués, nous n'avons qu'un bien commun, notre titre platonique de membre du Syndicat des médecins de la Seine.

Si nous voulons donner une force nouvelle au Syndicat, si nous voulons remplacer le syndicalisme en chambre par du syndicalisme d'action, il faut opérer une décentralisation, dont le point de départ sera la section ou la circonscription syndicale d'arrondissement, formée des médecins de l'arrondissement adhérent au Syndicat des médecins de la Seine.

L'arrondissement est un tout défini, une entité réelle, c'est une petite ville ayant sa municipalité, ses élus, sa justice de paix, ses commissaires de police, ses fonctionnaires de tout ordre, etc.

Les médecins exerçant dans l'arrondissement peuvent avoir des intérêts différents, les uns peuvent être fonctionnaires, d'autres médecins indépendants, mais ils auront toujours un lien commun, l'arrondissement, avec sa clientèle spéciale, sa richesse de tel ou tel ordre, ses mœurs. Aussi la clientèle n'est pas la même dans les quartiers de Belleville, des Champs-Elysées, des Halles, etc.

Si un médecin se trouve lésé par une nomination arbitraire, s'il a à se plaindre de la municipalité, de son juge de paix, de son commissaire de police, etc., seul il ne pourra rien faire.

Mais les fonctionnaires et les élus compteront avec une section syndicale bien organisée, dont les membres seront électeurs de l'arrondissement, si, ceux-ci savent le faire comprendre à propos, et laisser entendre en même temps, que derrière cette section marche tout entier le Syndicat des médecins de la Seine.

Les médecins d'un même arrondissement arriveraient à se connaître, à s'entendre, à discuter ensemble de leurs affaires, surtout de leurs affaires locales qui ne peuvent être solutionnées que par leur entente ; c'est ainsi, par exemple, qu'ils arriveraient à maintenir ou à augmenter le taux de leurs honoraires à une époque où tous les salaires ont augmenté, sauf ceux du médecin ; à améliorer leur situation, alors que le prix des matières premières s'accroît chaque jour ; ils pourraient organiser le repos hebdomadaire, s'entendre pour la double taxation des visites d'urgence ou du dimanche ou après 8 heures du soir ; ils pourraient également se signaler les mauvais payeurs, lutter contre l'envahissement du quartier par des cliniques, les instituts, etc., visiter les confrères nouvellement installés, leur faire connaître les œuvres de défense professionnelle ou de prévoyance et les engager à y entrer.

Ils pourraient faire des conférences, dans les quar-

tiers, sur des questions intéressant à la fois le public et les médecins, tels que les méfaits des charlatans, les abus de l'hospitalisation, l'avantage du libre choix du médecin par le malade, etc.

Agissant ainsi, le corps médical, bien uni dans chaque arrondissement, augmenterait son importance et sa considération, et pourrait commencer, non pas la lutte, mais la défense contre les collectivités et entraver la fonctionnarisation à outrance des médecins. Si des sections syndicales existaient dans chaque arrondissement, elles pourraient se fédérer ensemble, si elles avaient des intérêts connexes ou bien établir entre elles des traités ou des compromis sur telle ou telle question en jeu.

Les médecins, d'une façon générale, ne prennent pas part aux travaux du Syndicat. Insouciants pour beaucoup, fatigués par une journée de travail, ayant peu de loisirs, ne connaissant pas les questions syndicales qu'ils n'ont pas étudiées, ils répugnent à se déplacer loin de leurs quartiers, à venir causer de leurs affaires à des confrères qu'ils ne connaissent pas pour la plupart.

Ils restent dans leur isolement, qu'ils qualifient d'indépendance, et se laissent manger par des collectivités, alors qu'il serait si simple d'opposer à celles-ci une collectivité médicale.

Si le syndicalisme n'est pas un article d'exportation, ces médecins viendraient facilement dans leur quartier perdre une demi-heure avec des confrères qu'ils connaissent bien, discuter leurs intérêts en prenant un bock. Il faudrait que les réunions des sections syndicales fussent non des séances solennelles inutiles, mais des causeries hebdomadaires au café, où chacun sans convocation spéciale saurait qu'à telle heure il se rencontrera avec ses voisins. Un modeste banquet de temps en temps cimenterait encore davantage cette bonne camaraderie.

A côté de ces circonscriptions d'arrondissement, existerait toujours le grand Syndicat des Médecins de la Seine, qui grouperait tous les services importants que telle section syndicale ne pourrait seule créer. Il détiendrait pour tous la caisse de défense professionnelle, le service des recouvrements, celui des accidents du travail, le service de la répression de l'exercice illégal, un service de remplacements, de consultations juridiques, etc.

Quel serait le lien entre la section syndicale et le Syndicat qui ne serait pour ainsi dire que la fédération des circonscriptions d'arrondissement, tout en restant un syndicat jouissant des prérogatives de la loi de 1884 ?

Le lien serait le délégué de la Section.

Voici pour ma part comment je comprendrais la chose.

Chaque arrondissement choisirait un délégué qu'il nommerait au Conseil d'administration du Syndicat ; il y aurait 20 délégués pour Paris, 4 pour la banlieue, le Conseil se composerait donc de 24 membres. Emané du suffrage universel, il nommerait lui-même son bureau.

Chaque quartier se trouverait ainsi représenté conformément à ses intérêts et à ses aspirations, les délégués des quartiers périphériques défendraient les intérêts des quartiers ouvriers, les délégués des quartiers riches défendraient les besoins des quartiers aristocratiques et l'on aurait ainsi une représentation fidèle du corps médical de Paris, comme cela existe pour les sociétés d'arrondissement qui forment le Conseil des sociétés d'arrondissement bien que chacune d'elles ait son esprit différent sélon tel ou tel arrondissement.

Dans ces sociétés, en effet, les unes ont des tendances réactionnaires et se rapprochent plutôt d'un cercle fermé et mondain, les autres au contraire se rapprochent plutôt du syndicat dont elles ont l'esprit démocratique. Ces délégués tiendraient leurs camarades au courant de ce qui se passerait au syndicat et soumettraient à celui-ci telle ou telle question que leur arrondissement désirerait voir mettre à l'étude.

Les questions qui seraient étudiées au syndicat pourraient déjà avoir été examinées dans quelques sections et les opinions du délégué seraient ainsi, non pas ses idées personnelles, mais le reflet des desiderata de son arrondissement. Il faudrait compléter cette organisation par l'établissement du vote nominal, de façon que chaque délégué puisse rendre compte de ses votes à ses confrères de l'arrondissement et en prendre la responsabilité. On pourrait ainsi discuter sur ses actes, lorsqu'il se représenterait auprès de ses confrères au moment des élections pour demander, s'il le désire, la continuation de son mandat et un vote de confiance sur sa conduite syndicale.

Je suis persuadé, pour ma part, qu'avec cette décentralisation, nos confrères prendraient intérêt aux questions de défense professionnelle ; que de l'union des confrères dans les arrondissements, de l'union des sections entre elles et de leur groupement dans le Syndicat des médecins de la Seine résulterait le plus grand bien pour l'amélioration économique du corps médical de Paris.

VIMONT.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Alcoolisme et aliénation mentale.

Un document officiel après enquête.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Paris, le 27 juin 1907.

Monsieur le président,

Au moment où de tous côtés l'opinion s'émeut des ravages causés par l'alcoolisme et où de si généreux efforts se dépensent pour faire connaître l'étendue du mal et décider chacun à en supprimer les causes, vous avez pensé qu'il serait utile d'ouvrir une enquête spéciale dans les divers établissements d'aliénés afin de déterminer le nombre exact des malades chez lesquels l'aliénation mentale a eu pour cause exclusive ou adjuvante l'intoxication alcoolique.

Cette enquête à laquelle MM. les médecins des asiles ont collaboré avec un zèle dont il sied de les remercier ici, a été dépouillée très attentivement ; les résultats complets en ont été transmis à la commission d'hygiène de la Chambre des députés, et vous avez estimé qu'il y aurait intérêt à ce qu'un résumé très succinct en fût publié ; c'est ce résumé que j'ai l'honneur, monsieur le président du Conseil, de vous présenter ici.

1° *Nombre des aliénés alcooliques.*

Les malades dénombrés dans l'enquête ont été classés en trois groupes.

Le premier, groupe A, comprend tous les cas d'alcoolisme simple quelle qu'en soit la forme (confusion mentale, délire hallucinatoire, épilepsie, affaiblissement des facultés, paralysie générale, etc...) où l'intoxication alcoolique a été reconnue comme cause exclusive des troubles cérébraux.

Le second, groupe B, comprend les cas d'alcoolisme présentant l'un ou l'autre de ces caractères, savoir : que le cas soit compliqué de dégénérescence ou de débilité mentale ou qu'il ait été constaté en même temps de l'alcoolisme nettement défini chez les ascendants.

Enfin, le troisième, groupe C, comprend les cas de folie de toute espèce (manie, folie intermittente, paralysie générale, délires systématisés, etc.), qui, sans être des cas d'alcoolisme proprement dits, comptent l'intoxication alcoolique au nombre de leurs causes déterminantes.

Le nombre des aliénés de ces divers groupes s'élevait, le 1er janvier 1907, aux chiffres suivants :

Désignation.	Hommes	Femmes	Total
Aliénés du groupe A..	2.287	721	3.008
Aliénés du groupe B..	2.237	1.048	3.285
Aliénés du groupe C..	2.538	1.101	3.639
Total des 3 groupes.	7.062	2.870	9.932

Le nombre des aliénés de divers ordres soignés dans les établissements spéciaux étant au 1er janvier de 71,547, le nombre d'aliénés que nous appellerons alcooliques étant de 9,932, on voit que ces derniers constituent 13.60 p. 100 du contingent global des asiles.

2° *Proportion des aliénés alcooliques par département.*

Départements	Nombre total d'aliénés au 1er janvier 1907	Nombre total d'aliénés alcooliques	Moyenne p. 100 d'alcooliques
Ain	1.698	69	4.06
Aisne	1.187	158	13.31
Allier	747	89	11.75
Alpes Maritimes	811	100	12.21
Ardèche	955	111	11.62
Ariège	425	75	17.55
Aude	947	43	4.54
Aveyron	519	62	11.95
Bouch.-du-Rhône	2.314	277	11.97
Calvados	1.198	251	20.95
Cantal	308	27	8.77
Charente	674	39	5.79
Charente Infér.	504	62	12.10
Cher	466	166	33.48
Corrèze	477	51	10.69
Côte-d'Or	687	25	3.65
Côtes-du-Nord	1.831	269	14.69
Eure	905	156	17.24
Eure-et-Loir	565	118	20.89
Finistère	1,362	293	21,52
Garonne (Haut-)	976	36	3,68
Gers	462	9	1.95
Gironde	1.681	325	19.33
Hérault	736	48	6.52
Ille-et-Vilaine	1.076	178	16.54
Indre-et-Loire	631	20	3.17
Isère	1.040	79	7.60
Jura	1.159	192	16.57
Loir et-Cher	418	50	11.70
Loire (Haute-)	1.052	84	7.99
Loire-Inférieure	794	46	5.90
Loiret	682	120	17.60
Lot	774	113	14.60
Lot-et-Garonne	372	63	16.92
Lozère	452	36	7.97
Maine-et-Loire	976	185	18.95
Manche	1.930	236	12.23
Marne	594	83	13.99
Marne (Haute-)	710	131	18.45
Mayenne	623	159	23.92
Meurt.-et-Moselle	1.839	177	9.63
Meuse	503	93	18.49
Morbihan	762	130	17.06
Nièvre	744	131	17.61
Nord	3.192	434	13.60
Oise	1.655	216	13.05
Orne	508	139	27.36
Pas-de-Calais	906	51	5.74
Puy-de-Dôme	988	56	5.67
Pyrénées (Basses)	913	34	3.71
Rhône	2.870	583	20.28
Sarthe	793	180	22.70
Savoie	660	159	24.09
Seine	10.186	1.530	15.02
Seine-Inférieure	1.988	456	22.94
Seine-et-Oise	»	9	»
Sèvres (Deux-)	785	133	17.45
Somme	535	68	12.71
Tarn	802	55	6.86
Tarn-et-Garonne	571	53	9.28
Var	710	33	4.65
Vaucluse	1.506	338	22.44
Vendée	613	67	10.93
Vienne	173	10	5.71
Vienne (Haute-)	977	112	11.46
Vosges	18	»	»
Yonne	676	61	9.12
Total général	71.547	9.932	13.60 (Moyen. gén.)

Ces chiffres ne pourront être utilement interprétés qu'avec les plus grandes précautions ; chacun d'eux à vrai dire demanderait un commentaire spécial dont l'étendue dépasserait les limites de cet exposé : il faudrait, en effet, pour chaque asile, examiner s'il recrute ses malades dans le seul département où il est placé, ou si, au contraire — et ce cas est très fréquent — il reçoit des malades (et de quelle catégorie) d'autres départements et en particulier de la Seine (1).

L'asile de Clermont (Oise) est un asile commun aux départements de l'Oise, de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise ; le chiffre de neuf aliénés alcooliques qui se trouve cependant indiqué en face du nom de ce dernier département, correspond à un établissement spécial, de faible importance. Il en est de même pour les Vosges, dont les aliénés sont placés à l'asile public de Maréville (Meurthe-et-Moselle). La Dordogne ne figure pas sur le tableau, car ce département, d'une part ne contient pas d'établissement privé, d'autre part envoie tous ses aliénés dans l'asile du Lot (2).

Le département du Cher figure sur le tableau avec 156 aliénés alcooliques, ce qui donne une

(1) Le 1er janvier 1906, 5.642 aliénés de la Seine étaient répartis dans les asiles des départements ; 25 de ceux-ci en contenaient plus de 100.

(2) Vingt départements sont dans une situation analogue à la Dordogne, savoir : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardennes, Corse, Creuse, Dordogne, Doubs, Drôme, Gard, Indre, Landes, Loire, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Haut Rhin, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Vosges.

proportion de 33.48 p. 100; ce chiffre apparaîtrait comme absolument anormal si l'on perdait de vue que ces 156 malades comprennent 121 alcooliques de la Seine, placés à la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Ces exemples suffisent à faire comprendre les précautions minutieuses qui s'imposeraient pour se mettre à l'abri des plus graves erreurs d'interprétation.

3° *Aliénés alcooliques par âge.*

	Moins de 20 ans	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	60 à 70	70 à 80	Plus de 80 ans	Total
H.	55	743	1.731	2.162	1.467	752	144	8	7.062
F.	136	184	476	860	711	402	88	13	2.870
	191	927	2.207	3.122	2.178	1.154	232	21	9.932

4° *Boissons responsables.*

	Absinthe	Eau-de-vie	Cidre ou bière	Vin	Apéritifs divers	Total
Hommes.	1.372	1.911	453	1.275	2.051	7 062
Femmes..	165	720	211	480	1.294	2.870
Total...	1.537	2.631	664	1.755	3.345	9.932

5° *Comparaison des années* 1897-1907.

Il eût été fort intéressant de pouvoir étendre le champ de comparaison, et nous avons demandé les renseignements correspondant aux années 1867-1877-1887-1897. Malheureusement le nombre des établissements qui ont pu nous fournir à cet égard des indications précises, est beaucoup trop restreint pour que nous puissions en faire état, et, même pour la date la plus rapprochée, celle de 1897, 36 départements (1) seulement ont pu recueillir des statistiques utilisables, c'est donc sur ces deux dates 1897-1907, et sur ces 36 départements que la comparaison peut porter, et elle donne les résultats suivants :

Aliénés alcooliques en 1897........ 2.540
Aliénés alcooliques en 1907........ 3.988

soit, en dix ans, une augmentation de 57 p. 100; ce chiffre suffirait à lui seul à légitimer toutes les inquiétudes.

Tels sont, monsieur le président, les résultats généraux essentiels fournis par l'enquête que vous avez ordonnée; il y a lieu de considérer d'ailleurs qu'ils ne peuvent révéler qu'une partie du mal produit, même à ce point de vue spécial, par l'alcoolisme; on n'a dénombré ici, en effet que les aliénés alcooliques et l'on n'a pas cru pouvoir rechercher le nombre — important sans aucun doute, mais échappant à toute enquête sommaire comme celle-ci — des aliénés non alcooliques, mais dont l'aliénation mentale a été déterminée cependant par quelque hérédité alcoolique.

Veuillez agréer, monsieur le président du conseil, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Le directeur de l'assistance
et de l'hygiène publiques,
MIRMAN.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

FINANCIÈRE MÉDICALE

Assemblée générale ordinaire du 28 juin 1907

L'Assemblée générale présidée par M. le docteur Gassot, président du Conseil d'Administration, se constitue en nommant *assesseurs* M. le docteur Beuve et M. Pierre.

M. le docteur Jeanne est nommé *secrétaire de la séance.*

Le Président déclare que les annonces pour l'Assemblée ont été faites régulièrement dans le n° 149 des *Petites Affiches*, du 29 mai 1907, et dans les n°s 23-24 et 25 du journal *Le Concours médical* des 9-16 et 23 juin 1907.

La liste de présence constate la représentation réelle ou par pouvoir de 619 actions, soit plus du quart du capital social; l'Assemblée est donc légalement constituée.

Le Président rappelle que le rapport du Commisaire des Comptes, ainsi que celui du Conseil d'Administration ont été tenus à la disposition des actionnaires au siège social pendant quinze jours. En outre, suivant un vœu exprimé dans une précédente Assemblée, le rapport du Conseil d'Administration a été publié avec le Bilan et le projet de répartition dans le n° 21 du *Concours Médical* du 26 mai 1907.

En conséquence le Président donne la parole à l'Administrateur délégué pour la lecture de son Rapport.

Rapport du Conseil d'administration de la Financière médicale pour l'exercice 1906

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du Conseil d'administration, le rapport sur le fonctionnement de la Financière médicale pour l'exercice 1906.

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1906.

Actif :

Société générale....	246 75	
Société française de reports et dépôts..	22.100 65	
La Participation....	5.996 90	
Comptes courants...	109.120	
Caisse	113 15	
Frais de constitution et d'établissement.	5.650 92	
Avances à l'Etat....	165 02	
Maison de santé de La Plaine-Monceau	94.021 20	237.414 59

Passif ;

Capital	220.000 »	
Créditeurs divers	593 75	
Réserve légale	2.172 01	
Dividendes non réclamés :		
Coupon n° 2 214 »		
» n° 3 452 50		
» n° 4 819 »	6.021 50	
» n° 5 1.452 »		
» n° 6 3.084 »		
Profits et pertes.		
Report de 1905	1.294 11	
Solde de l'exercice	7.333 22	237.414 59

Comptes de profits et pertes

Frais généraux	3.580 55	
Amortissement des frais de constitution	452 08	
Solde mentionné au bilan	7.333 22	11.365 85

Avoir :

Intérêts de la Participation	5.996 90	
Intérêts de la Maison de santé de la Plaine Monceau	4.571 20	
Société Générale	8 25	
Intérêts de la société française de reports et dépôts	630 50	11.365 85
Coupons n° 1 périmés	159 »	

A la comparaison des deux bilans des exercices 1905 et 1906 on voit que les différences sont bien minimes et les résultats à peu près identiques à quelques cents francs près.

A l'actif : Le chapitre Société Française des reports et dépôts est en diminution cette année de 34.784.05, ainsi que celui des comptes courants (prêts à la Participation) de 14.000 francs. Mais par compensation, le chapitre Maison de santé de la plaine Monceau est en augmentation de 50.999.52, ce qui fait compensation et constitue toujours un même capital prêté.

Au passif, la réserve légale atteint le chiffre de 2.172.01 et les dividendes restant à payer sur les cinq derniers coupons échus, s'élèvent à la somme de 6.021.50, dont 214 fr., provenant du coupon n° 2, seront périmés au bénéfice de la caisse, s'ils ne sont pas réclamés avant le 1er juillet 1907.

Vous pourrez, du reste, voir au compte des profits et pertes que, malgré toutes les précautions prises et les avis même par lettre fermée, que nous avons envoyés, 159 fr. du 1er coupon sont ainsi entrés dans nos caisses absolument malgré nous.

Le solde bénéficiaire de l'exercice 1906 s'élève à 7.333.22 contre 7.291.90 en 1905.

En somme, situation sensiblement identique à celle de l'année dernière.

Répartition

Les bénéfices de l'exercice s'élèvent à	7.333 22	
Il y a lieu d'ajouter le report de 1905	1.294 11	8.627 33

Nous proposons la répartition suivante :

5 % à la réserve légale sur 7.333 fr. 22	366 65	
Dividende à raison de 3 fr. par action	6.600 »	
Impôt sur le dividende.	275 »	
A reporter à l'exercice suivant	1.385 68	8.627 33

L'administrateur-délégué.

Dr Maurat.

Rapport du Commissaire des comptes de la Financière médicale pour l'année 1906

(1er janvier, 31 décembre) 8e exercice.

L'examen des livres de comptabilité de la « Financière Médicale » — régulièrement tenus — nous donne pour le résumé en Bilan, les chiffres ci-dessous, en regard desquels j'ai mis, pour comparaison, ceux du bilan de 1905.

ACTIF

	1905	1906
Société générale	9 »	246 75
Sté Fse Reports	56.884 70	22.100 65
La Participation	7.891 35	5.996 90
Comptes courants	123.120 »	109.120 »
Caisse	23 62	113 15
Frais de constitution	6.103 »	5.650 92
Avances à l'Etat	165 02	165 02
Mon de Santé Plaine Monceau	43.021 68	94.021 20
Totaux	237.218 37	237.414 59

PASSIF

			1905	1906
Capital			220.000 »	220.000 »
Crédtteurs divers			533 75	593 75
Réserve légale			1.742 05	2.172 01
Coupons impayés :	1905	1906		
N° 1	543 »	»		
N° 2	534 50	214 »		
N° 3	907 50	452 50		
N° 4	1626 »	819 »		
N° 5	2743 »	1452 »		
N° 6		3084 »	6.343 50	6.021 50
Profits et pertes :				
Report de 1904			1.307 17	
Report de 1905				1.294 11
Solde Exercice 1905			7.291 90	
Solde Exercice 1906				7.333 22
Total			237.218 37	237.414 59

Compte de profits et pertes

Doit :

	1905	1906
Frais généraux	3.696 20	3.580 55
Amortiss. frais de constitution	452 08	452 08
Solde du bilan	7.291 90	7.333 22
Totaux	11.440 18	11.365 85

Avoir :

	1905	1906
Intérêts, Participat.	7.891 35	5.996 90
Intérêts. Maison de Santé...........	3.021 68	4.571 20
Société générale....		8 25
Coupons nº 1 périmés		159 »
Société française de reports...........	527 15	630 50
Totaux....	11.440 18	11.365 85

Ces comptes n'appellent, comme le fait justement remarquer l'administrateur délégué, aucune observation bien particulière.

La diminution des placements à la Société des reports — au profit de la Maison de santé de la plaine Monceau — est la cause de l'élévation du rendement de notre capital.

La réserve légale a été constituée ;

On a fait jouer l'amortissement ;

Par conséquent, dans ces conditions, il y a lieu d'approuver le projet de répartition qui vous est soumis.

Fait à Paris, le 26 mai 1907,

Dr A. Petit.

Conformément aux prescriptions de l'article 16 des statuts, on procède au tirage au sort des administrateurs qui sortiront chaque année.

Le sort désigne comme sortants pour 1907, M. le docteur Maurat, pour 1908, M. le docteur Beuve, pour 1909, M. le docteur Raimbert et pour 1910, M. le docteur Gassot.

A l'unanimité M. le docteur Maurat est réélu comme administrateur.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix les résolutions suivantes :

1re Résolution

Les comptes et le bilan de l'exercice 1906, sont approuvés dans les termes où ils sont présentés par le Conseil d'Administration. (*Adopté à l'unanimité*).

2e Résolution.

Il sera versé à la Réserve légale un prélèvement de 5 % sur les bénéfices de l'exercice 1906, soit 366.65. (*Adopté à l'unanimité*).

3e Résolution.

Il sera distribué pour le coupon nº 7, un dividende de 3 francs **net d'impôt** par action, la Société prenant à sa charge la taxe sur le dividende. (*Adopté à l'unanimité.*)

4e Résolution.

Il sera reporté à l'exercice 1907, le solde soit 1.385.68. (*Adopté à l'unanimité*).

5e Résolution.

M. le docteur Arthur Petit est réélu commissaire des comptes pour l'année 1907 ; ses honoraires sont fixés à 200 francs ; M. le docteur Angelby est également réélu commissaire-adjoint (*Adopté à l'unanimité.*)

6e Résolution.

M. le docteur Maurat, désigné par le sort comme administrateur sortant conformément à l'article 16 des statuts, est réélu. (*Adopté à l'unanimité*).

....

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 4 heures.

AVIS

Paiement du coupon nº 7.

Le coupon nº 7 est payable, depuis le 1er juillet 1907 au siège social de la Société, 23, rue de Dunkerque.

Syndicat médical de la vallée du Rhône.

Le 15 juillet 1907.

Monsieur et cher Concitoyen,

A l'occasion de la candidature au Conseil général, nous avons l'honneur, au nom des Syndicats médicaux de la Drôme et de l'Isère, de vous faire la communication suivante :

L'Assemblée nationale des médecins de France réunie à Paris le 12 avril 1907, a d'abord déclaré « *qu'il était contraire à l'ordre public et à la dignité humaine, qu'en aucun cas, une collectivité de quelque ordre que ce soit puisse imposer un médecin traitant à un malade* », puis décidé « *que les indigents de France, sans exception ont le droit de choisir leur médecin.* »

Contrairement à ce qui se passe dans soixante-trois départements, les indigents de la Drôme et de l'Isère ne peuvent avoir recours qu'au seul médecin désigné par le Préfet. Nous avons pensé que nos populations du Dauphiné, si éprises de progrès, de liberté individuelle et de justice sociale, ne pouvaient être plus longtemps privées de ce qui est, en matière d'assistance, *le droit commun*.

Comme d'autre part, sur quelque terrain qu'on se place, on ne peut invoquer aucune raison valable pour condamner un malade à recevoir les soins d'un médecin qu'il n'a pas lui-même choisi, nous venons vous prier de vouloir bien inscrire dans votre programme électoral le *principe du libre choix du médecin par l'indigent malade.*

Nous vous serions reconnaissants de nous dire si vous vous engagez à soutenir au Conseil général l'application de ce principe aux services publics de l'Assistance médicale et des vaccinations. Nos organisations syndicales réclament, en outre, le système de la rémunération à la visite plus équitable et plus pratique que celui de l'abonnement.

Dans l'attente de votre réponse et dans l'espoir de pouvoir vous compter au nombre des défenseurs du « *libre choix* », nous vous prions d'agréer nos meilleures salutations.

Le Président : Dr Rocheblave (Valence). *Le Vice-Président* : Dr Mayoud (Vienne). *Le secrétaire* : Dr Fayard (Le Péage de Roussillon).

Lu et approuvé :

Syndicat des Médecins de Valence et de la région :

Dr Courbis (Valence).

Syndicat de Grenoble :

Dr Bertrand (Domène).

Syndicat général des oculistes français

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE 1907.

Séances des 6 et 7 mai.

Les séances ont lieu sous la présidence de M. Motais, Président, assisté de MM. Bourgeois et Lagrange, Vice-présidents, de M. Cosse, secrétaire général et Gendron, trésorier.

Le rapport du Secrétaire général sur les actes du Bureau pendant la période 1906-1907 est approuvé à l'unanimité.

Il en est de même du rapport du trésorier.

L'assemblée procède à une élection complémentaire des membres du Bureau et du Conseil d'administration.

Sont élus :

Vice-présidents : MM. Jocqs et Sauvineau.

Secrétaire-adjoint : M. Daulnoy.

Membres du conseil : MM. Abadie, Darier, Terson et Vignes.

Il est procédé à la ratification des admissions prononcées par le Conseil d'administration et à l'admission de nouveaux membres.

A la suite de ces admissions, le nombre des membres du Syndicat est de 297.

Après la discussion des rapports qui lui sont soumis et des communications qui lui sont faites par quelques-uns de ses membres, l'Assemblée générale émet les vœux suivants :

Les malades atteints de maladies des yeux, seront hospitalisés comme tous les autres malades dans leur région.

L'hospitalisation des indigents aura lieu conformément à la loi de 1893. Le certificat d'indigence sera supprimé et remplacé par le certificat d'inscription sur la liste d'assistance médicale gratuite.

Les hôpitaux doivent être exclusivement réservés aux indigents et aux nécessiteux.

Les malades aisés ne peuvent être admis dans les hôpitaux, que dans les conditions exceptionnelles fixées par la circulaire ministérielle de 1899. Il est entendu que dans le prix d'hospitalisation, seront compris les honoraires légitimement dus au médecin traitant, que celui-ci soit ou non médecin de l'hôpital.

Le Syndicat émet le vœu que la Clinique des Quinze-Vingts cesse d'être une Clinique Nationale, et que tout en fonctionnant avec le personnel médical actuel, elle reçoive ses malades dans les mêmes conditions que les autres hôpitaux de la Ville de Paris.

Le Syndicat donne mandat à son conseil d'administration de s'entendre avec le comité de permanence nommé par le congrès des Praticiens, pour préparer l'étude au mieux des intérêts des spécialistes, des différentes questions relatives aux Sociétés de secours mutuels et aux collectivités, en prenant pour base le principe du libre choix du médecin.

Un enseignement ophtalmologique élémentaire sera obligatoire pour tous les étudiants ; cet enseignement se fera à l'hôpital pendant un stage de trois mois au minimum. Il sera sanctionné par des interrogations obligatoires et examens des malades, portant sur un programme élémentaire, pendant l'examen de doctorat de clinique externe. Cet enseignement doit être créé dans les Ecoles de médecine où il n'existe pas encore.

Le Syndicat des oculistes ne devant comprendre parmi ses membres que des spécialistes, en présence de l'impossibilité de réclamer la création d'un diplôme spécial, décide de n'admettre que les confrères ayant accompli un stage de deux années dans des services de spécialistes. Cette décision ne recevra son effet que dans un an.

Le Syndicat approuve le texte des revendications qui seront présentées en son nom à la Commission de révision du tarif officiel d'honoraires dans les accidents du travail.

Le Syndicat proteste, avec la dernière énergie, contre l'application du projet d'impôt sur le revenu, si injuste, si arbitraire et si contraire aux immuables principes du secret médical professionnel.

Il donne mandat à son conseil d'administration de faire, auprès du groupe médical parlementaire, toutes les démarches utiles pour obtenir que les dépenses inhérentes à l'exercice de la profession médicale, soient défalquées du total général des recettes, de telle façon que les bénéfices nets soient seuls imposables.

Le Syndicat émet un vote de protestation contre la nomination inopinée et sans concours d'un ophtalmologiste des hôpitaux à Marseille. Il estime que la création de fonctions nouvelles dans les hôpitaux, doit être rendue publique six mois avant les nominations et que celles-ci ne peuvent être faites qu'après concours. Celui-ci pouvant toutefois être, exceptionnellement, réduit à un examen de titres dans le cas où la notoriété scientifique d'un candidat semblerait l'exiger.

CORRESPONDANCE

Protestation.

Il y a des paroles qu'il faut savoir dire, celui qu'elles visent fût-il encore plus haut placé. Avec son indépendance habituelle, un de nos collaborateurs n'a pas hésité à dénoncer la fâcheuse tendance qui pousse certains français à déserter nos villes d'eaux, au bénéfice de l'étranger. Notre étonnement fut grand en 1906 et il le serait encore davantage si pareil voyage se renouvelait cette année. Nous ne pouvons que nous associer à tout le corps médical, pour empêcher une récidive.

Vichy, le 19 juillet,

Monsieur le Ministre et cher Confrère,

On a été très étonné de vous voir aller à Carlsbad, l'année dernière. Les journaux affirment que vous allez y revenir : cela devient grave et attristant.

Il paraît que, malgré l'indépendance bien connue de votre caractère, vous savez écouter avis et conseils, dussent-ils vous déplaire momentanément. Permettez-moi donc de protester contre ce voyage, avec toute la déférence qui vous est due bien entendu, mais aussi avec la dernière énergie.

Je suis convaincu d'être l'interprète de la grande majorité du corps médical, dont l'opinion ne saurait

vous être indifférente, puisque vous y comptez de nombreux collègues et amis, en vous déclarant (c'est le cas d'employer cette expression) que vous faites fausse route.

Je sais bien que les villes d'eaux, que l'on y fasse ou non un traitement, représentent une sorte de terrain neutre fort propice aux entrevues ; mais il serait facile, au point de vue des relations internationales, de choisir un autre milieu, surtout lorsque votre présence là-bas ne saurait qu'être nuisible à votre pays et jeter un certain discrédit sur nos stations thermales. D'autres français marcheront sur vos traces, n'en doutez pas, au détriment de nos naïades.

Or, il a été souvent démontré que nos richesses hydriatiques sont incomparables et peuvent subir sans crainte la comparaison avec celles de l'étranger. Pourquoi dès lors apporter à ces dernières un tribut qui serait fort nécessaire à nos compatriotes. Cette année, vous ne l'ignorez pas, pour bien des causes de marasme auxquelles vous n'êtes pas étranger, les stations françaises n'ont pas reçu leur contingent habituel de malades.

Ce n'est pas le moment de leur nuire encore, en donnant le mauvais exemple, en contribuant à entretenir une fâcheuse dérivation. Votre haute situation vous l'interdit et on juge très sévèrement les grands consultants qui, par un snobisme antipatriotique qu'on ne saurait trop blâmer, ne craignent pas de diriger leurs clients en dehors de nos frontières. Ce ne sont pas les médecins allemands qui commettraient pareille inconséquence.

Restez en France, monsieur le Ministre, pour y entretenir la prospérité et faire aimer la République,

Veuillez agréer, chez confrère, l'assurance de ma haute considération.

Dr GRELLETY.

REPORTAGE MÉDICAL

Repos hebdomadaire relatif du médecin. — L'Assemblée Générale des Médecins de France (Congrès des Praticiens) réunie à Paris, les 12, 13, et 14 avril 1907,

Considérant que, comme tous les Travailleurs, le Médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche et que, seul, un cas urgent de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime,

Et assimilant les visites faites le dimanche à des visites d'urgence,

Décide, à partir du 1er janvier :

1° Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera double de celui de la visite ordinaire.

2° Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir du propre médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement.

Les maladies contagieuses dans les écoles communales. — M. Aristide Briand, ministre de l'instruction publique, vient d'adresser aux préfets une circulaire relative aux précautions à prendre dans les établissements publics d'enseignement primaire contre certaines maladies contagieuses.

Le ministre déclare tout d'abord que, désireux de mettre fin à une incertitude qui est de nature à inquiéter les familles, il a résolu de retrancher la pelade du nombre des maladies contagieuses, et cela conformément à la solution adoptée par le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Voici, d'autre part, les mesures qui doivent être prises lorsque les maladies ci-dessous désignées sévissent dans les écoles :

Variole : — Eviction des enfants malades (durée : 40 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. Désinfection générale. — Revaccination de tous les maîtres et élèves.

Scarlatine. — Eviction des enfants malades (durée : 40 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Désinfection générale. — Licenciement si plusieurs cas se produisent en quelques jours malgré toutes précautions.

Rougeole. — Eviction des enfants malades (durée : 16 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Au besoin licenciement des enfants au-dessous de six ans.

Varicelle. — Evictions successives des malades.

Oreillons. — Evictions successives de chacun des malades (durée : 10 jours).

Diphtérie. — Eviction des malades (durée : 40 jours). — Destruction des livres, des cahiers, des jouets et objets qui ont pu être contaminés. — Désinfections successives.

Coqueluche.—Evictions successives (durée : trois semaines).

Teigne. — Evictions successives. — Retour après traitement et avec pansement méthodique.

Conservation du lait destiné à l'analyse. — Il arrive parfois, surtout à la campagne et dans les petites localités, que les médecins ont besoin de savoir si le lait consommé par leurs malades est de bonne qualité. Dans ce but, ils le font envoyer à la ville, où un chimiste entraîné les renseigne. Mais il ne faut pas oublier que, pendant le voyage, surtout au temps chaud, le lait s'altère toujours, ce qui change invariablement en mal les résultats trouvés.

Pour parer à cet inconvénient, M. le professeur Grelot (de Nancy) indique d'additionner au départ les échantillons de 5 centigrammes de sublimé par 250 grammes de lait, dose suffisante pour l'immobiliser assez longtemps dans sa constitution chimique.

Afin d'arriver au même résultat, M. Dubois, docteur en pharmacie de la Faculté de Bordeaux, a conseillé, en 1900, de verser dans les 250 grammes de lait 1 gr.50 d'acide phénique. Ce moyen sera à bien des points de vue préféré.

On ne devra pas oublier, pour la prise d'échantillon, de bien uniformiser par mélange tout le produit de la traite de l'animal, car les éléments constituants du lait se séparent aisément les uns des autres.

P. S. — Au moment de l'approche des chaleurs, il est bon de se souvenir que les urines destinées à l'analyse s'altèrent aussi très vite, et qu'on les immobilise cependant bien dans leur intégrité constituante à l'aide d'un grain de thymol de la grosseur d'un pois. Le thymol existe dans toutes les pharmacies. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 32 | Dimanche 11 AOUT 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LETTRE DE VACANCES

Encore un nouveau diplôme en perspective : il est vrai que le besoin commençait à s'en faire sentir !

Celui-ci est dû aux méditations du Dr Variot, médecin des hôpitaux de Paris, qui le propose dans les colonnes du *Matin* ; ce sera le diplôme de *Dame visiteuse* des enfants du premier âge et il sera délivré par une Commission départementale où siégeraient des médecins et des administrateurs.

On sait que le Ministre de l'Intérieur a invité les Conseils Généraux à créer des *consultations de nourrissons* suivant les idées qu'avait émises autrefois le professeur Budin, consultations gratuites auxquelles on amènerait à jour fixe les enfants pour que le médecin puisse les examiner, les peser, etc., etc.

Ces conceptions qui partent de temps à autre de Paris ne sont généralement pas très pratiques ; il est fâcheux que le plus souvent elles passent inaperçues du monde médical qui ne les connaît guère qu'au jour où on veut les appliquer. Je ne sache pas, par exemple, qu'en dehors de celui de Sens, aucun syndicat ait étudié ce projet d'organisation des consultations de nourrissons.

Le Dr Variot fait de lui une critique assez juste, montrant que si, dans les grands centres, là où la population est agglomérée, la chose est assez facile, il n'en sera pas de même dans les campagnes où les habitations sont éparses, les hameaux éloignés, les moyens de communications rudimentaires, où les locaux convenables manquent, etc..

Il faut, très justement dit M. Variot, aller à l'enfant quand on ne peut sans inconvénient le faire venir à soi pour surveiller son élevage.

Mais c'est précisément ce qu'a fait la loi Roussel en instituant l'inspection médicale à domicile. Que M. Variot trouve cette inspection insuffisante, nous n'y contredirons pas, puisque nous-mêmes, dans le *Concours*, avons étudié jadis les modifications qu'il pourrait être utile d'introduire dans la loi, mais j'aurais cru, pour ma part, que le Dr Variot aurait conclu en s'associant à nous pour réclamer la révision de la loi, pour s'efforcer de faire sortir des cartons la proposition déposée par M. le professeur Labbé sur la tribune du Sénat.

M. Variot propose une solution différente : il serait, écrit-il, nécessaire que l'on adjoignît à ces braves praticiens — les médecins de campagne — dans chaque village une *dame visiteuse* ayant des connaissances suffisantes en hygiène infan-

tile pour aller porter aux mères la bonne parole. Il relate les bons effets de l'institution des dames visiteuses dans les grandes villes, il cite les dames visiteuses anglaises et il termine :

« En France, on trouverait aisément des dames de la société qui accepteraient volontiers d'être les fées bienfaisantes qui veilleraient sur les berceaux des petits enfants. Elles rempliraient ce rôle dans bien des cas pour l'honneur, sans aucune rémunération, j'en suis convaincu. Les sages-femmes, pour une indemnité modique, pourraient à l'occasion rendre des services analogues.

Que l'on se hâte donc de créer le diplôme de *dame visiteuse*, qui serait délivré par une commission départementale où siégeraient des médecins et des administrateurs. Les gouttes de lait sont déjà assez répandues dans toutes les villes pour que les dames et les jeunes filles puissent y faire un stage instructif et se préparer à cet examen technique.»

Confrère Variot, dans les sphères sereines où vous vivez, vous n'avez donc jamais entendu parler de la situation faite aux médecins par la pléthore professionnelle ? Vous n'avez donc jamais lu de ces lettres navrantes que peut seule dicter la détresse la plus effroyable ? Vous n'avez donc jamais éprouvé le désir d'assister aux séances des Associations confraternelles où l'on s'efforce de soulager ces misères ?

De gaieté de cœur, vous allez créer un nouvel organe d'exercice illégal !

Je ne doute, certes, pas de l'excellence de vos intentions : comme vous, nous voudrions améliorer le sort de l'enfant et nous l'avons prouvé en étudiant, les premiers, les mesures capables de rendre plus efficace la loi Roussel, étude dont s'était inspiré M. le Sénateur Labbé. Mais pourquoi, quand le médecin est là trop souvent inoccupé, pourquoi ne pas vous adresser à lui ?

Croyez-vous que vos dames diplômées auront à la campagne une action bien utile ? Croyez-vous même que vous pourrez les recruter ? A la ville oui, à la campagne non. Et n'avez-vous jamais pensé que, pour une qui pourra remplir son rôle d'une manière intelligente et rester dans la sphère que, certainement, dans votre esprit, vous lui attribuez, vous en aurez cent qui auront la prétention de substituer leur savoir et leur expérience au savoir et à l'expérience du médecin, qui critiqueront ses conseils, qui entreront en conflit avec lui ?

D'ailleurs, pourquoi vouloir tout uniformiser ? Pourquoi toujours faire partir tout du Ministère où dominent trop souvent des idées théoriques, pourquoi ne pas demander aux groupements médicaux d'étudier la question de la morbidité et de la mortalité infantiles ? Pourquoi ne pas accueillir leurs avis et leurs conseils, pourquoi ne pas les laisser maîtres de l'organisation pratique qui convient le mieux dans le milieu où ils vivent ?

Consulter officiellement des praticiens, des sociétés libres, cela vous effraierait-il donc tant ?

Ce serait nouveau sous le soleil, je le sais, et je suis encore plus intimement convaincu que votre nouveau diplôme aurait le succès qu'a eu le diplôme d'études primaires supérieures cher à M. Bouchard, mais je sais aussi que ceux là seuls sont compétents qui tiennent la queue de la poële, comme on dit dans nos campagnes.

Vous nous appelez braves praticiens, mais vous voulez contribuer à accélérer notre ruine. Grand merci !

A. Gassot.

LA SEMAINE MEDICALE

Diphtérie rallumée par la rougeole, après des injections de sérum préventives.

La diphtérie, en apparence éteinte et guérie par les injections de sérum de Roux, peut être rallumée par une invasion de rougeole ou de scarlatine. M. le Dr H. Barbier publie dans la *Tuberculose infantile* 3 cas probants de cette assertion. Il en tire les conclusions pratiques suivantes :

1° *Lorsqu'une rougeole survient chez un enfant convalescent d'une diphtérie, depuis moins de deux mois, la rougeole peut faire réapparaître la diphtérie, et il est prudent, dès l'apparition de la rougeole, de faire, à l'enfant, une nouvelle inoculation de sérum antidiphtérique* ;

2° *On doit agir de même lorsque, dans une famille ou ailleurs, la rougeole apparaît chez des enfants ayant été en contact antérieurement avec des cas de diphtérie, même quand on les a isolés à temps, même quand ils ont reçu à ce moment une inoculation préventive, même quand le temps théorique d'immunisation de celle-ci n'est pas écoulé.*

Les localisations de ces diphtéries réveillées par la rougeole semblent, parfois, un peu anormales, et frapper de préférence les muqueuses buccales ou oculaires. Mais ce n'est là qu'une particularité à laquelle il ne faut peut-être pas attacher une importance trop grande.

Le traitement chirurgical du varicocèle.

Le varicocèle est une infirmité assez fréquente, et les cliniciens qui ont à faire subir aux hommes des examens physiques complets pour leur admission au régiment, dans les administrations ou pour des contrats d'assurances, savent que les sujets atteints de varicocèle sont nombreux : en moyenne 1 sur 20. Or, le varicocèle est-il souvent justiciable d'une intervention chirurgicale ? Voici la réponse que formule M. le Dr H. Duclaux dans le *Médecin praticien* :

1° *Il y a des varicocèles que l'on ne doit pas opérer.*

Les varicocèles petits et même moyens et surtout les varicocèles indolents.

Les varicocèles symptomatiques ; là, en effet, c'est le traitement adressé à la cause qui sera la seule thérapeutique rationnelle.

2° *Il y a des varicocèles que l'on peut opérer :*

Ce sont les varicocèles moyens ou les varicocèles gros sans réaction.

Les varicocèles de taille moyenne chez les malades qui en sont un peu préoccupés.

3° *Il y a des varicocèles qu'il faut opérer.*

Ce sont d'abord les gros varicocèles avec réaction même minime ou avec menace de complications : phlébite, par exemple.

Les varicocèles qui font de l'atrophie testiculaire, et dans ce cas, il faut toujours prévenir le malade que l'atrophie peut persister et même augmenter après l'opération ;

Les petits varicocèles douloureux ;

Enfin les varicocèles, même très légers, chez les neurasthéniques. Il y a des malades, en effet, que leur varicocèle affole, qui y pensent constamment, qui pensent que le coït leur est devenu impossible, qui voient leurs testicules diminuer de volume à vue d'œil : chez de tels malades, l'intervention la plus minime amène une véritable résurrection.

L'opération étant décidée, voyons ce qu'il convient de faire pour chaque cas particulier.

Nous avons à notre disposition plusieurs méthodes opératoires :

La résection d'une portion du scrotum, la ligature des veines ou l'association des deux méthodes, résection et ligature .

Dans les cas de varicocèle petit avec scrotum intact, la ligature est naturellement suffisante ; on fera la ligature par paquets, en étage, après isolement soigné du canal déférent, et de l'artère spermatique.

Si les veines sont très volumineuses, on peut compléter la ligature par la section et l'extirpation des paquets veineux.

Dans les cas de gros varicocèle sans dilatation veineuse, la résection simple du scrotum peut suffire, à condition d'enlever suffisamment de scrotum pour faire croire qu'il n'y en a plus assez ; malheureusement cette méthode n'est pas à l'abri des récidives et le suspensoir naturel ainsi créé ne tarde pas à s'allonger de nouveau.

Enfin, dans les cas de varicocèle avec scrotum lâche et veines variqueuses, on combinera les deux opérations ; c'est d'ailleurs la méthode de choix, car on obtient la diminution, sinon la disparition des paquets variqueux, et l'on évite ainsi l'allongement secondaire du scrotum. On évite par ce même moyen et définitivement le port du suspensoir qui en général est une gêne et quelquefois une cause de douleur.

Chez les neurasthéniques ou les neurasthénisés par leur varicocèle, l'opération la plus minime, une simple ligature posée sur une veine un peu grosse, réussit parfaitement : la vue de leur incision leur fait oublier pour toujours les tourments ressentis.

Le traitement de la chlorose par les bains chauds.

Cette cure balnéaire peut être commencée, dès que l'on est certain d'avoir affaire à une véritable chlorose, et non pas à une anémie secondaire, ou bien à un trouble circulatoire consécutif à une tuberculose au début, à une lésion cardiaque, à une néphrite, à une affection des organes génitaux, à une intoxication chronique, à la cachexie malarienne ou à quelqu'autre cachexie.

Le traitement dure 4 à 6 semaines, pendant lesquelles des bains chauds sont donnés trois fois par semaine. On choisit de préférence pour cette pratique la deuxième partie de la matinée ; il faut compter sur deux heures de temps environ.

La température de l'eau doit être de 40° C. Les températures plus élevées, dit le Dr Rosin (*Theranie der Gegenwart*, n° 7), ne sont pas indiquées pour les races européennes, tandis que les Japonais, par exemple sont habitués à prendre des bains chauds de 45° C et plus. Les patients doivent se couvrir la tête d'une serviette humide, avant d'entrer dans le bain. Pour la première fois. il leur suffit d'y rester 10 à 15 minutes ; plus tard le séjour dans le bain, dont la température est maintenue constante, s'élève à 20 minutes. Immédiatement après on donne aux malades une douche froide de quelques secondes, puis on les assèche par une friction. Ensuite il leur faut une heure de repos, au cours de laquelle se produit souvent une sudation.

Au début les malades se sentent un peu fatigués après le traitement, mais il est constant qu'au bout du 3e ou 4e bain. se manifeste un commencement d'amélioration appréciable de l'état général.

Dans le bain, le pouls est toujours un peu accéléré, il n'est pas rare non plus d'observer, même dans les cas favorables, quelques battements de cœur pendant l'application du traitement, et dans les premiers moments qui suivent.

Au bout d'un certain temps, après six bains en moyenne, on doit noter une amélioration objective et subjective de la chlorose. Le plus souvent douze bains en quatre semaines amènent presque la guérison ; parfois cependant quelques bains sont encore nécessaires malgré les progrès rapides du début.

Dans certains cas, on ne peut obtenir qu'une amélioration relative : les douleurs qu'éprouvent les chlorotiques dans les reins, les parois thoraciques, dans la musculature abdominale s'atténuent, sans que le milieu sanguin s'améliore notablement dans sa constitution. Enfin la cure peut aussi rester inefficace.

De plus, il se produit parfois au cours de l'année suivante une récidive de l'état chlorotique, qui d'ailleurs reste justiciable du même traitement.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le prof. agrégé MAUCLAIRE.

Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire

Nous avons opéré, ces jours derniers, pour des accidents de lithiase biliaire, une malade dont voici l'observation résumée. Il s'agit d'une femme de 43 ans qui a présenté une série de crises de coliques hépatiques très douloureuses, accompagnées de vomissements bilieux, d'ictère, d'urines acajou, de démangeaisons, de décoloration des matières fécales. Les crises en question étant devenues de plus en plus fréquentes, la malade se décida à venir à l'hôpital et vous avez pu l'examiner avec moi.

Nous avons constaté, au moment de son admission, l'état suivant : le facies était jaune, d'un jaune un peu brunâtre ; toute la peau était également jaune brunâtre et offrait des traces de prurit, des lésions de grattage. Le foie débordait de trois à quatre travers de doigts le rebord costal ; il offrait une augmentation, à la fois de ses dimensions verticales et de ses dimensions transversales. A l'examen de la région hépatique, on trouvait, sur la ligne du mamelon (qui est aussi la ligne de la vésicule biliaire), une masse assez particulière. Ce n'était pas la saillie en battant de cloche appendu au-dessous du foie, à laquelle la vésicule donne souvent lieu en pareil cas ; c'était une sorte d'empâtement mamelonné et un peu diffus, correspondant à la sensation que procure la vésicule distendue, lorsqu'il y a péricholécystite. Cette masse, allongée verticalement, montait et descendait avec les mouvements respiratoires. Elle était légèrement douloureuse à la pression. Autre caractère important : elle n'était pas réductible dans la loge lombaire ; quand on faisait le palper bi-manuel, une main placée à la région lombaire, l'autre main sur l'hypochondre, on n'obtenait pas le ballottement qui se produit lorsqu'on renvoie le rein en bas, dans la loge lombaire.

La malade accusait, d'autre part, de mauvaises digestions, comme la plupart des hépatiques. Ses matières fécales étaient décolorées, incomplètement toutefois ; ses urines étaient acajou. Elle avait un peu maigri et ne présentait pas de fièvre.

*
* *

Ce cas clinique est une occasion pour moi de vous dire quelques mots du *diagnostic des tumeurs de l'hypochondre* droit et du *traitement chirurgical de la lithiase biliaire.*

*
* *

Les *tumeurs de l'hypochondre droit* sont très fréquentes. Je vais en énumérer les principaux types. Ce sont :

a) *Les tumeurs siégeant dans la paroi abdominale* elle-même, lipomes, fibromes, sarcomes, abcès froids costaux. Il existe des abcès froids — j'en ai observés— qui viennent des côtes, descendent dans la gaîne du muscle grand droit et occupent la région de l'hypochondre, dans la paroi abdominale.

Ces tumeurs de la paroi ne montent et ne descendent pas avec les mouvements respiratoires. Elles ne disparaissent pas, comme les néoplasmes plus profonds, lorsqu'on fait contracter les muscles abdominaux, lorsqu'on fait asseoir et pencher en avant le patient.

b) *Les kystes hydatiques du foie.* Ce sont des tumeurs qui, habituellement, se développent soit vers la face supérieure, soit vers la face inférieure du foie. Les premières vont du côté du thorax et nous n'avons pas à nous en préoccuper. Les secondes, celles qui occupent la face inférieure, ont une forme allongée dans le sens transversal ; elles n'ont pas tendance à s'étaler verticalement. Elles s'élèvent et s'abaissent pendant l'inspiration et l'expiration. Elles sont fluctuantes. Il est rare, en outre, qu'elles se trouvent sur le bord antérieur du foie ; ordinairement, elles occupent toute la face inférieure de cet organe.

c) Le *cancer du foie*, le *cancer de la vésicule biliaire* surtout. Le diagnostic des cancers en question n'est pas toujours facile à poser cliniquement. Nous avons eu, il y a quelque temps, à l'Hôtel-Dieu, un malade chez lequel on sentait, en palpant la région hépatique, une masse peu douloureuse ; nous pensâmes à une cholécystite : la laparotomie montra qu'il s'agissait d'un cancer du foie. Nous avons opéré ici, récemment, deux malades chez lesquels les diagnostics portés par des chirurgiens très compétents étaient kyste hydatique et cholécystite : l'opération a révélé dans les deux cas des cancers hépatiques.

d) L'*abcès du foie.* Cet abcès est intra-hépatique ; il ne forme pas une tumeur appendue au foie. Dans cette affection, le foie est distendu dans sa totalité et toute la région correspondante du thorax est elle-même distendue dans le sens antéro-postérieur. De plus, il y a de la fièvre.

e) Le *foie en hépatoptose* et les *lobes hépatiques aberrants et flottants.* Vous connaissez les observations curieuses de foie flottant et d'hypertrophie d'un lobe du foie. Le lobe ainsi isolé, aberrant et flottant, paraît se réduire et fait croire facilement à une vésicule distendue. J'en ai vu deux cas.

b) Les *tumeurs du rein* qui remontent vers la région hépatique, les kystes du rein, l'hydronéphrose. Vous chercherez, par le palper bi-manuel, une main sur l'abdomen, une autre à la région lombaire, à vous renvoyer la tumeur d'une main à l'autre : si la lésion est d'origine rénale, elle se réduit franchement dans la loge lombaire. Tout le diagnostic est là. Quelquefois, on se contentera de faire placer le patient dans la position déclive de Trendelenburg ; on peut voir alors la tumeur se réduire, sans autre manœuvre, comme dans le cas du rein mobile par exemple.

g) Les *néoplasmes de l'angle colique droit.* On a signalé des exemples de tumeurs du côlon, à cheval entre le foie et le rein. J'ai observé un malade chez lequel le diagnostic restait hésitant entre une tumeur du foie et une tumeur du rein. Il ne présentait aucun phénomène d'occlusion intestinale, aucun trouble intestinal important

même, il était atteint comme le montra l'opération, d'un néoplasme de l'angle colique droit.

h) Les *pancréatites chroniques* et les *tumeurs de la tête du pancréas ou du mésentère*. Elles sont placées plus en dedans près de la ligne médiane.

Telles sont les principales tumeurs que vous aurez à différencier avec les lésions lithiasiques de la vésicule biliaire. Souvent, vous ferez le diagnostic. D'autres fois, vous resterez indécis, et la laparotomie exploratrice sera nécessaire. Chez notre malade, nous n'avions pas d'hésitation. Les antécédents, les caractères de la lésion imposaient le diagnostic de lithiase, de calculs de la vésicule.

* * *

Envisageons maintenant la question du *traitement de la lithiase hépatique*. Tout d'abord, chez vos malades, vous essaièrez le traitement médical. Le meilleur, à l'heure actuelle, c'est le traitement thermal de Vichy; c'est aussi l'ingestion d'huile d'olives à haute dose. Vous donnerez de l'huile d'olives et (sans que l'explication de son mécanisme d'action soit bien connu)... des calculs sont évacués dans les gardes-robes. Cependant, il convient de ne pas s'appesantir trop longtemps sur la cure médicale. Il y a un certain nombre d'années, les médecins avaient adopté comme règle l'opération au bout de 6 mois. Puis, on a réduit progressivement ce délai. Hanot avait déjà indiqué une limite de 3 mois, terme que l'on a encore raccourci, pour arriver à 2 mois, à 6 semaines même, dans les cas graves de rétention biliaire par obstruction complète, ce qui n'est pas fréquent, *car la bile filtre souvent le long des calculs enclavés*. Ce délai offre une grosse importance, car plus on attend, plus le foie s'altère et plus les conditions opératoires deviennent défectueuses. Les malades opérés trop tardivement s'infectent et se cachectisent vite. Ils font des hémorrhagies opératoires facilement. Par conséquent, et sans qu'on puisse fournir une limite précise, on ne doit pas attendre trop longtemps avant d'intervenir opératoirement.

Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire est des plus intéressant. Depuis 15 à 20 ans, on a fait une série d'opérations de plus en plus heureuses sur les voies biliaires. Je voudrais vous les indiquer. Je les classerai en considérant successivement chacune des parties constituantes des voies biliaires.

Prenons, en premier lieu, le canal hépatique.

Le *canal hépatique* a fait l'objet de trois opérations principales :

1° L'*hépaticotomie*, c'est-à-dire la section, l'ouverture d'un des canaux hépatiques, pour permettre d'enlever le calcul.

2° L'*hépaticostomie* ou abouchement du canal hépatique à la peau.

3° L'*hépatico-entérostomie*, pratiquée dans ces derniers temps par Mayo Robson et une fois par M. Terrier. Elle consiste à anastomoser le canal hépatique avec l'intestin, anastomose rendue possible par l'ectasie de l'hépatique intéressé. Lorsqu'il y a un calcul dans un canal, celui-ci se dilate au-dessus du calcul : c'est ainsi que le canal hépatique peut, lorsqu'il renferme un calcul, arriver à atteindre les dimensions du doigt.

Kehr, qui a pratiqué un bon nombre d'interventions sur les voies biliaires, a beaucoup préconisé les opérations sur le canal hépatique.

Quant au canal *cholédoque*, il a fait l'objet, également, d'une série d'opérations :

1° Le *cathétérisme du cholédoque* qui, dans certains cas, a été heureux. On a pu, par la vésicule biliaire, après cholécystotomie, pénétrer dans le cholédoque avec une petite sonde uréthrale et repousser le calcul dans l'intestin. Quelquefois, cependant, même avec un instrument métallique, on passe à côté du calcul.

2° La *cholédocotripsie*, c'est-à-dire l'écrasement du calcul à travers les parois du cholédoque.

3° La *cholédocotomie*, l'ouverture franche du cholédoque, sa section, soit dans sa portion située au-dessus du duodénum (cholédocotomie sus-duodénale), soit dans sa portion située derrière le duodénum, soit au travers du duodénum (cholédocotomie trans-duodénale). On a publié déjà de 200 à 300 observations de cholédocotomie.

4° La *cholédocostomie* et la *cholédoco-entérostomie*. Lorsque le cholédoque renferme un calcul, il peut, comme je le disais tout à l'heure, à propos de l'hépatique, s'ectasier. Alors que normalement, il a la grosseur d'une plume d'oie, il peut, au cas de calculose, atteindre la taille d'une anse intestinale. Il devient alors possible de l'aboucher à la peau (cholédocostomie), ou à l'intestin, intestin grêle et côlon transverse (cholédoco-entérostomie), ou même à l'estomac (cholédoco-gastrostomie).

Pour drainer les voies biliaires infectées et permettre l'expulsion des petits calculs, Kehr a recommandé de mettre un drain qui remonte très haut, jusque dans l'hépatique (*drainage du canal hépatique de Kehr*). C'est là un grand progrès en chirurgie biliaire.

Arrivons à la *vésicule biliaire*.

La vésicule étant l'organe le mieux à proximité de la main du chirurgien, les opérations sur la vésicule sont les premières qui aient été faites contre la lithiase biliaire. Ces opérations sont :

1° La *cholécystostomie*, l'ouverture de la vésicule avec fixation à la peau. La suture ne tient pas toujours en pareil cas.

2° La *cholécystectomie*, ou ablation de la vésicule. Souvent, la vésicule est malade, infectée, épaissie, et il s'y reforme des calculs, ce que son extirpation permettrait d'éviter. Mais la cholécystectomie est une opération délicate, difficile, grave, parfois la vésicule saignant facilement.

3° La *cholécystotripsie*, ou écrasement des calculs à travers les parois vésiculaires. Cette opération est abandonnée.

4° Enfin on a parfois incisé la vésicule et on la referme après avoir enlevé le calcul. C'est la *cholecystotomie idéale*.

Il nous reste une dernière voie biliaire à envisager, le *canal cystique*, sur lequel on a pratiqué, comme sur les autres canaux, la *cysticotomie*, la *cysticotripsie*, la *cystico-entérostomie*, autrement dit l'ouverture simple, l'écrasement au travers du canal, l'anastomose avec l'intestin.

Je n'entrerai pas dans les indications de chacune de ces opérations ; cela m'entraînait trop loin. Je veux vous exposer seulement la conduite que nous avons suivie chez notre malade.

Nous avons pratiqué d'abord l'incision en baïonnette de Kehr. Elle consiste à inciser à partir de l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane, en descendant, sur une longueur de 10 centim., à tourner à droite et à inciser à nouveau verticale-

ment, conservant intact le tiers externe du muscle grand droit pour éviter autant que possible l'éventration consécutive. Cette incision permet d'aborder plus largement les organes hépatiques. Nous avons placé, comme le conseille Mayo Robson, un coussin sous les reins pour relever et faire saillir en avant la région hépatique. Nous avons trouvé une vésicule empiétant dans l'épaisseur même du foie. La vésicule n'était pas descendue franchement, elle était entrée dans le tissu hépatique en le repoussant: ce qui faisait saillie, c'était le rebord du foie avec la vésicule. Cette dernière était adhérente et je n'ai pas cherché à en faire l'extirpation. Après avoir enlevé les calculs vésiculaires, exploré le canal cystique, j'ai mis ensuite, ainsi que le recommande Kehr, le doigt dans l'hiatus de Winslow ; j'ai exploré le canal cholédoque où se trouvait un calcul dont je fis l'ablation. J'ai complété l'intervention par le drainage des voies biliaires avec un drain remontant jusque dans le canal hépatique. Le drainage en question, je vous le rappelle, est un des grands progrès de la chirurgie biliaire. On entraîne au dehors, grâce à lui, la bile qui, dès lors, ne tombe plus dans la cavité péritonéale. On a ainsi sauvé beaucoup de malades qui, avant ce drainage, succombaient à la péritonite, la bile étant le plus souvent infectée.

Passons maintenant très rapidement en revue les *traitements des principales complications de la lithiase biliaire* que vous pourrez observer :

L'*empyème de la vésicule*, qui se complique souvent de phlegmon biliaire. Vous incisez ce phlegmon et il sort un mélange de pus, de bile, avec quelquefois des calculs. J'en ai vu deux cas.

La *fistule biliaire persistante*. Quelle conduite tenir? Lorsqu'il y a des calculs non éliminés, il faut explorer les voies biliaires : on découvre fréquemment et l'on enlève un calcul dans le cholédoque. Lorsqu'il n'y a pas de calculs, on a recours, si possible, à la cholécystectomie.

L'*occlusion intestinale* due aux calculs tombés dans l'intestin grêle. Rien à dire de particulier sur la thérapeutique. Vous la concevez aisément.

La *perforation brusque du canal hépatique* ou du cholédoque ou de la vésicule. Elle n'est pas rare et indique le drainage, comme dans la péritonite. Voici une vésicule que j'ai enlevée ; un calcul occupe une perforation qui était protégée par des adhérences épiploïques.

La *compression du pylore*, la sténose pylorique que je me contente de mentionner car cette complication est bien rare. Quant à *l'infection des voies biliaires* et à l'*ictère grave* je vous les signale simplement : elles exigent le drainage immédiat des voies biliaires.

Telles sont les considérations sommaires que je voulais vous présenter sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire. Je désire, en finissant, vous donner un aperçu d'une série de 31 cas où j'ai eu l'occasion d'intervenir *depuis dix ans* contre des accidents de lithiase biliaire :

1897. 1[er] cas (*Hôpital Necker*). Cholécystostomie chez une femme de 48 ans. Calcul enclavé dans le collet de la vésicule remplie de liquide clair, muqueux. Guérison prolongée ; malade revue. L hépatoptose est disparue.

1898. 2[e] cas (*Hôpital Necker*). Phlegmon biliaire incisé. Fistule persistante. Nouvelle opération par M. Routier qui enlève les calculs vésiculaires.

1900. 3[e] cas (*Hôpital Bichat*). Fistule persistante après cholécystostomie. Cholécystectomie six mois plus tard. Guérison.

4[e] cas (*malade de ville*). Femme cardiaque, dans un état très grave. Cholecystostomie et ablation de 82 calculs vésiculaires. Décès 8 jours après l'opération.

1901. 5[e] cas (*Hôpital Necker*). Femme de 69 ans, cachectique, cholécystostomie pour volumineux calcul, suivie de décès. A l'autopsie, on a trouvé une lithiase rénale concomitante et une atrophie des deux reins.

1902. 6[e] et 7[e] cas (*Hôpital Bichat*). (Picqué et Mauclaire). Deux cholécystectomies pour fistules biliaires persistantes. Guérisons.

8[e] cas (*Hôpital Bichat*). Ictère chronique par rétention. Ablation de gros calculs de la vésicule et du cholédoque. Le drainage de l'hépatique, mal connu à cette époque, ne fut pas fait. Il y eut infection péritonéale par la bile et le malade succomba le sixième jour.

1903. 9[e] cas (*Hôpital Cochin*). Ictère chronique. Cholécystostomie et cathétérisme des voies biliaires qui ne ramena rien, mais repoussa peut-être le calcul dans l'intestin. Guérison. Malade revue un an après, guérie.

10[e], 11[e] et 12[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Lithiase vésiculaire ; cholécystostomie ; guérison.

13[e] cas (*Hôpital Necker*). Lithiase vésiculaire ; cholécystectomie, guérison.

14[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Calculs vésiculaires que j'ai pu voir sur une épreuve radiographique. J'ai essayé, une dizaine de fois depuis, de revoir les calculs par la radiographie sans y parvenir. Cette épreuve n'est positive que si les calculs renferment autre chose que de la cholestérine. Cholécystostomie. Guérison.

1904. 15[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Lithiase vésiculaire et cholécystite suppurée. Cholécystostomie. Guérison.

16[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Ictère chronique. Exploration des voies biliaires au milieu d'adhérences nombreuses, hiatus de Winslow fermé, cathétérisme impossible des voies biliaires. Voilà un malade chez lequel, en raison des adhérences, je n'ai rien pu faire. Mort au bout d'un mois. A l'autopsie, on trouva un calcul dans le cholédoque.

1905. 17[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Grosse vésicule lithiasique avec hépatoptose. Cholécystectomie. Guérison.

18[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Lithiase vésiculaire avec cholécystite suppurée. Cholécystectomie. Guérison. La malade revient dans le service six mois après et succombe à un néoplasme pancréatico-duodénal.

19[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Cholécystite et péricholécystite. Ablation de 20 calculs et résection difficile de la vésicule. Hémorrhagie venant, ou de l'artère cystique (petite artère difficile à lier), ou de la tranche hépatique très adhérente. Décès par hémorrhagie le lendemain, malgré un nouveau tamponnement sous hépatique.

20[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Lithiase vésiculaire. Ablation des 2/3 de la vésicule. Exopexie de la poche qui adhérait au colon transverse. Guérison.

1906. 21[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Cholécystostomie pour lithiase vésiculaire. Guérison.

22[e] cas (*Hôtel-Dieu*). Cholécystectomie. Cholédocotomie (deux calculs dans le cholédoque).

Drainage de l'hépatique. Hépatopexie complémentaire. Fistulette intermitente dans la suite.

23e cas (*Hôpital Dubois*). Ictère chronique depuis 5 mois. Cholécystostomie. Paroi vésiculaire très épaisse. Au milieu de la nuit, hémorrhagie à laquelle le malade succombe. Chez les hépatiques les hémorrhagies sont faciles. Peut-être, l'injection préliminaire recommandée — dernièrement de sérum anti-diphtérique, — rendrait-elle ces sujets moins hémophiles.

24e cas (*Hôpital Dubois*). Femme de 42 ans. Cachectique envoyée avec le diagnostic de cancer pylorique. Il s'agissait de calculs vésiculaires adhérents au pylore. Ablation. Décès par choc.

1907. 25e cas (*Hôpital Dubois*). Etat ictérique datant de 6 ans. Cholécystite suppurée et péricholécystite. Adhérences au foie, au colon. Calculs et bouillie calculeuse dans la vésicule. Décès le 3e jour.

26e cas (*Hôtel-Dieu*). C'est le cas dont je vous ai rapporté l'observation au début et au cours de cette leçon. Voici la fin de l'observation. La malade a été bien pendant 6 jours, avec un peu de bronchite post-opératoire. A partir de ce moment survinrent par la plaie des hémorrhagies capillaires subintrantes et la malade, déjà très affaiblie, succomba le 10e jour malgré l'ingestion de chlorure de calcium et l'injection sous-cutanée de sérum antidipthéritique.

27e cas (*Hôpital Dubois*). Incision exploratrice et examen des voies biliaires pour cholécystite typhoïdique. Pas de calcul. Cholécystostomie temporaire.

28e cas (*Hôpital Dubois*). Phlegmon biliaire très étendu, 4 ans après l'ablation de calculs vésiculaires. Cholécystectomie deux mois après.

29e cas (*Hôpital Dubois*). Ablation de deux gros calculs vésiculaires après une hystérectomie abdominale pour fibrome pelvien enclavé. La malade, cardiaque et albuminurique, succomba à des troubles cardiaques, le 6e jour.

30e cas (*Hôpital Dubois*). Symptômes de coliques hépatiques depuis plusieurs années et subictère. Exploration des voies biliaires. Pas de calcul.

31e cas (*Hôpital Dubois*). Homme de 76 ans. Lithiase vésiculaire et ictère. Cholécystostomie. Guérison avec fistulisation prolongée.

Enfin, je ne compte pas deux cas de cholécystostomie et une cholécystentérostomie pour drainer les voies biliaires chez des malades ayant non pas un calcul, mais un cancer de la tête du pancréas.

Ces 31 cas d'intervention pour lithiase biliaire comprennent donc :

2 incisions de phlegmons biliaires ;

18 cholécystostomies avec 7 décès dont 2 par hémorrhagie et 5 par choc opératoire chez des cachectiques que je n'aurais pas opérés si je n'avais en vue que ma statistique ;

8 cholécystectomies avec 1 décès par hémorrhagie en nappe ;

3 cholédocotomies, dont une sans drainage de l'hépatique : 1 décès ; deux avec drainage de l'hépatique : 1 décès par hémorrhagie cholémique ;

3 explorations des voies biliaires pour lithiase présumée.

Notez que plusieurs de ces interventions ont été faites chez des malades ictériques depuis longtemps, avec, par conséquent, des lésions hépatiques, cardiaques et rénales. Quelques-uns ont succombé à l'hémorrhagie cholémique postopératoire ; aussi, devrions-nous opérer ces malades beaucoup plus tôt.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La syphilis dans l'armée.

On admet couramment que les années de service militaire constituent l'époque où les jeunes gens sont le plus exposés à contracter la syphilis. Pour presser les souvenirs d'un malade soupçonné d'être syphilitique, le médecin ne l'interpelle-t-il pas, souvent, en ces termes : « Mais, enfin, vous avez été militaire...? », faisant allusion à la soi-disant fréquence de la syphilis dans l'armée.

Eh bien, il s'agit là—de nos jours du moins—, d'un pur préjugé, dont M. Delorme vient de faire justice dans une communication à l'Académie. En France, dit-il, la syphilis primitive est trois fois moins répandue dans la population militaire que dans la population civile du même âge. L'armée française occupe avec l'armée allemande la tête des armées européennes par son minimum de maladies vénériennes.

Il y a plus. Non seulement le temps de service militaire est, dans notre pays, celui pendant lequel les jeunes gens contractent le moins la syphilis, mais encore c'est pendant son passage sous les drapeaux que le jeune Français apprend le mieux à s'en préserver pour l'avenir.

Ces remarquables résultats sont dus à deux choses : d'une part, à l'éducation morale et à l'enseignement de l'hygiène prophylactique donnés au soldat ; d'autre part, aux mesures administratives et policières qui assurent une surveillance des prostituées. La suppression de cette surveillance, c'est-à-dire l'abolitionisme en matière de prostitution, a toujours entraîné, ajoute M. Delorme, dans les pays où on l'a instituée, une aggravation de la morbidité vénérienne.

Epanchement puriforme aseptique des méninges.

MM. Widal et Philibert rapportent l'observation suivante : un jeune homme, à une époque où la grippe sévissait à Paris, fut pris un jour, brusquement, de céphalée atroce, avec fièvre, mal de gorge, raideur de la nuque, signe de Kernig et exagération des réflexes. Un tel syndrome évoqua, tout d'abord, l'idée de méningite cérébro-spinale, d'autant que le liquide retiré par ponction, le sixième jour, avait à première vue l'aspect louche et puriforme. Mais, l'examen d'une préparation obtenue avec ce liquide ayant montré les leucocytes *polynucléaires non altérés*, avec leurs contours réguliers, leurs noyaux, et leur protaplasma intacts, M. Widal conclut de là à une suppuration aseptique des méninges. Dans les liquides purulents septiques, les polynucléaires, avariés à la suite de la lutte soutenue contre les microbes et les toxines, présentent les déformations de leurs noyaux et de leur protoplasma qui caractérisent les globules de pus ; dans les

liquides puriformes aseptiques, les polynucléaires n'ayant aucun assaut à soutenir conservent leur intégrité (signe de Widal).

L'intérêt pratique de ces épanchements puriformes aseptiques des méninges est la bénignité du pronostic. On ne peut encore émettre, sur leur origine, que des hypothèses.

L'alcool et l'enfant

M. BRUNON indique qu'en Normandie, l'alcoolisme n'est pas seulement développé chez les adultes ; il atteint aussi les enfants. Certaines femmes n'hésitent pas à donner à leurs nourrissons de l'eau-de-vie, mêlée à chaque biberon. Le grand introducteur de l'alcool, c'est, dans cette partie de la France, le café, auquel on ajoute du « calvados », et dont on consomme de grandes quantités, même dans le jeune âge. L'auteur demande d'y remédier par l'organisation d'un enseignement anti-alcoolique, à l'École et au régiment.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Le « signe thyroïdien » dans le rhumatisme articulaire aigu.

Sous le nom de « signe thyroïdien », M. Vincent a décrit un symptôme, jusque-là non signalé, du rhumatisme articulaire aigu. Le signe en question est caractérisé par un gonflement, parfois unilatéral, du corps thyroïde, et par une douleur assez vive se produisant lorsqu'on saisit entre les doigts chaque lobe du thyroïde. En général, la tuméfaction douloureuse du corps thyroïde suit le sort de la fluxion articulaire ; elle décroît à mesure que celle-ci régresse.

Poursuivant ses recherches sur ce sujet, M. VINCENT a observé un certain nombre de rhumatisants, chez lesquels le « signe thyroïdien », plus ou moins accusé au début de l'affection, s'évanouissait très rapidement malgré la persistance à l'état aigu des déterminations articulaires. Un tel contraste serait, pour l'auteur, la marque d'un pronostic ordinairement fâcheux. Il impliquerait ou pourrait impliquer une évolution lente, tenace, prolongée, du rhumatisme.

Ainsi, selon M. Vincent, l'étude de la réaction thyroïdienne est appelée à constituer un élément de pronostic du rhumatisme articulaire aigu. Le parallélisme entre l'hyperthyroïdie et la fluxion articulaire permettrait de déduire une évolution du rhumatisme probablement satisfaisante. L'insuffisance de la réaction thyroïdienne ferait craindre un rhumatisme tenace.

Il était indiqué, dans ces conditions, de rechercher si l'opothérapie ne pourrait pas aider les malades, ainsi atteints de rhumatisme prolongé avec athyroïdie, à triompher de leur affection. La tentative a été faite sur quatre malades : deux fois l'administration de corps thyroïde a donné d'excellents résultats, là où le salicylate, l'iodure et la quinine étaient demeurés inefficaces.

Les sporotrichoses cutanées, muqueuses et viscérales.

Les cas de sporotrichose se multiplient. MM. MONIER-VINARD et GAUCHER, RUBENS-DUVAL et FAGE, LAUBRY et ESMEIN, de BEURMANN et GOUGEROT, en signalent de nouvelles observations.

Les sporotrichoses (on nomme ainsi les lésions créées par des champignons du genre sporotrichum) offrent donc une certaine fréquence. Elles se manifestent sous diverses formes. On peut distinguer déjà : *a*) une sporotrichose épidermique qui prend l'aspect de la trichophytie (Monier-Vinard) ; *b*) une sporotrichose dermique et hypodermique qui ressemble à des abcès ou à des gommes syphilitiques ou tuberculeuses (voy. *Concours médical*, 1907, n° 29, page 514) ; *c*) une sporotrichose muqueuse, intéressant la muqueuse de la gorge, avec ou sans ulcération (de Beurmann ; *d*) peut-être une sporotrichose viscérale, pulmonaire.

Sur le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique par la radioscopie.

M. VARIOT signale l'importance de la radioscopie et de la radiographie dans le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique chez les enfants. C'est surtout chez les nourrissons où la recherche des autres signes (auscultation, percussion) est souvent plus concluante que les procédés radioscopiques se montrent utiles. L'adénopathie est alors révélée par des ombres bien nettes lorsque les glandes sont assez volumineuses et débordent la région rachidienne.

Il est un autre signe de l'adénopathie trachéo-bronchique chez les nourrissons, signe sur lequel M. Variot a attiré l'attention (thèse de M. Bougarel) : c'est un cornage bronchitique, surtout *expiratoire*, cornage assez instable et qui peut cesser brusquement sous des influences mal déterminées.

Rhumatisme tuberculeux articulaire.

La notion du rhumatisme tuberculeux articulaire, défendue par M. Poncet dans de nombreux travaux, n'est pas encore acceptée sans réserves par tout le monde ; malgré les arguments impressionnants fournis en sa faveur, il lui manque la preuve indiscutable, celle qui entraîne toutes les convictions.

A propos d'une présentation, à la Société médicale, par M. Poncet, d'un cas de rhumatisme tuberculeux ankylosant, MM. TRIBOULET et MÉNÉTRIER demandent si la nature tuberculeuse de ce rhumatisme s'appuie sur des preuves cliniques et expérimentales, par exemple une transformation ultérieure de la lésion en tumeur blanche, une tuberculose viscérale concomitante, la présence de bacilles dans les articulations malades, des inoculations positives, etc.

M. Poncet répond qu'il a vu, dans maintes circonstances, le rhumatisme tuberculeux faire place à de véritables tumeurs blanches ou se compliquer de manifestations tuberculeuses viscérales. Il reconnaît que les inoculations, quelquefois positives dans les formes aiguës, sont la plupart du temps négatives dans les formes chroniques. Il en est de même pour les bacilles qui semblent faire défaut dans les états chroniques, mais dont la présence n'est pas nécessaire pour admettre l'origine tuberculeuse.

M. MILIAN a étudié une dizaine de cas de rhumatisme déformant. Leur nature tuberculeuse fut démontrée par des inoculations positives de tuberculine. Il a de plus, une fois, inoculé à un

LA REINE DE VALS

Une des principales indications de la **Reine de Vals** est, sans doute, la diarrhée infantile, sous quelque forme qu'elle se présente ; on aurait tort pourtant de croire que cette indication soit exclusive.

L'eau de la **Reine** est l'eau digestive la plus parfaite et la mieux appropriée aux estomacs fatigués.

***

Dans nombre de cas, l'estomac se montre d'une intolérance excessive : tous les aliments, toutes les boissons sont rejetées, l'usage du vin surtout est impossible. — L'eau de la **Reine** est alors journellement indiquée : par sa réaction alcaline, elle empêche la fermentation lactique des liquides ingérés, tandis que le gaz carbonique qu'elle renferme agit comme anesthésique sur la muqueuse stomacale.

Dans la dyspepsie acescente, son action ne se borne pas d'ailleurs à la neutralisation chimique des liquides acides contenus dans l'estomac, elle provoque la réaction de l'estomac sur lui-même : les digestions difficiles, languissantes et parfois douloureuses, s'opèrent avec plus de facilité, et l'on voit le malade qui ne connaissait plus le sentiment de la faim reprendre son appétit.

Dans les gastralgies névrosiques et, d'une manière générale, toutes les fois qu'il y a douleur et intolérance, l'eau de la **Reine** est l'adjuvant naturel de toute médication.

***

L'eau de la **Reine** n'est pas moins indiquée dans les maladies des organes digestifs caractérisées par un état de faiblesse, de langueur ou d'atonie : elle donne un surcroît d'activité et d'énergie à toutes les grandes fonctions de l'économie et principalement à l'absorption et à la circulation.

Elle convient aux personnes qui, sans être autrement malades, se plaignent d'un sentiment de plénitude après les repas et de lenteur de la digestion, le tout s'accompagnant de migraines, d'étourdissements ou de vertige.

Elle convient enfin aux dyspeptiques chez lesquels les troubles digestifs sont liés à une forme quelconque de la diathèse urique.

***

Les troubles dans le fonctionnement du foie et les phénomènes dyspeptiques qu'ils entraînent sont modifiés de la manière la plus heureuse par l'eau de la **Reine**. Son usage doit alors être prolongé pendant un certain temps — on n'a pas à craindre avec elle la cachexie alcaline comme avec les eaux fortes — c'est qu'alors il faut rechercher non pas une de ces perturbations générales de l'organisme que l'antique médecine désignait du nom de crises, mais au contraire une action lente et progressive : grâce à l'usage de la **Reine**, l'appétit augmente d'abord légèrement, le sommeil suit, les forces reviennent, les urines et les selles se régularisent, puis enfin la guérison s'affirme. Ces symptômes coïncident avec une dilution légère des matières bilieuses épaissies, avec une sollicitation plus fréquente, et plus énergique sans doute, de l'intestin, qui, à son tour, sollicite les canaux biliaires.

De même, dans les affections hépatiques bien caractérisées, l'usage de la **Reine** permettra de continuer le traitement commencé avec les eaux alcalines fortes, sans qu'il y ait à craindre les inconvénients inhérents à l'usage prolongé de ces dernières.

***

Dans les convalescences des maladies aiguës, on voit souvent la muqueuse buccale exfoliée : la langue, rouge à la pointe et aux bords, est le siège d'une sensation de brûlure permanente et fort pénible pour les malades ; — l'usage de la **Reine** a, dans ce cas, une action topique des plus heureuses : elle modifie l'état de sécheresse de la muqueuse et entrave la végétation de microphytes qu'on rencontre si souvent dans cet état.

***

Par les exigences de la vie mondaine, nombre de personnes ont l'estomac fatigué — l'eau de la **Reine** leur conviendra merveilleusement comme eau de table, que l'état de l'estomac soit lié à un état diathésique ou qu'il soit la conséquence d'un simple surmenage.

La minéralisation de la **Reine** n'est pas telle en effet qu'elle doive être réservée à un usage exclusivement médical : elle ne s'oppose en aucune façon à l'usage habituel même à titre simplement hygiénique — c'est dire qu'elle peut être utilisée avantageusement en temps d'épidémie et toutes les fois que les eaux destinées à l'alimentation sont peu sûres, comme cela se rencontre sur bien des plages et en beaucoup trop de villes.

Faut-il ajouter que la **Reine** est fort agréable à boire, que sa saveur est fraîche et pétillante, que sa conservation est parfaite grâce aux soins avec lesquels elle est embouteillée, et qu'elle est toujours identique à elle-même grâce à la perfection de son captage ?

***

La **Reine** a été une des premières adoptions du Concours médical : une expérimentation d'un quart de siècle n'a fait que confirmer sa valeur diététique et thérapeutique et la faveur dont elle jouit près du Corps médical n'a fait que s'accroître d'année en année, suivant la progression qu'elle mérite.

Docteur GASSOT.

Association amicale des médecins français

Le **Dr Mignon**, secrétaire général, prie les confrères, membres de l'Amicale, de lui adresser, dorénavant, toutes leurs communications et correspondance, **Au Vésinet** (S.-et-Oise), *Villa des Pages. (Maison d'hydrothérapie et d'électrothérapie des Drs Raffegeau et Mignon).*

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr R. à Z. à *Concours.* — Voudriez-vous m'indiquer les formalités relatives à l'internement d'un aliéné ?

Réponse. — Vous n'êtes ni parent ni allié du malade, ni du Directeur de l'Asile où vous voulez faire entrer votre client.

Sous cette réserve, vous établirez sur timbre un certificat énumérant l'état civil de l'aliéné, les caractéristiques de son affection mentale, et portant la mention : « il est urgent ou nécessaire de placer M. X. dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales et de l'y retenir. La signature sera légalisée et le certificat devra être *utilisé dans les 15 jours de la date d'établissement.*

Ceci dit, s'il s'agit d'un placement *volontaire*, la famille, munie de votre certificat, conduit le malade à l'Asile et formule, au moment même de l'admisson, une demande sur papier libre : « Je soussigné............... « demande que M........ mon......... degré de parenté, ou, à défaut : ami) soit placé dans l'établissement ou dans l'Asile.

Remettre une pièce d'identité, acte de naissance de mariage, etc... concernant l'intéressé.

S'il s'agit d'un placement d'office faire adresser par le maire une requête au Préfet, qui prend et signe *l'arrêté d'internement.*

En résumé, le médecin n'intervient que pour l'établissement du certificat qui doit être *très complet* et bien conforme, comme dispositif, aux indications précédentes.

Suite page X.

cobaye du liquide d'arthrite sèche, et l'animal est devenu tuberculeux au bout de 6 semaines.

Rumination chez une enfant de trois ans.

Le mérycisme ou rumination, phénomène physiologique chez certains mammifères herbivores, est tout à fait exceptionnel chez l'homme. M. Variot en signalait récemment un exemple. M. Comby vient d'en rapporter un cas. Il s'agit d'une fillette de 3 ans qui voit, après chaque repas, le bol alimentaire remonter dans sa bouche, pour être dégluti de nouveau. La rumination dure ainsi sans gêne et sans déplaisir, pendant plusieurs heures.

On est peu fixé sur la cause et le traitement de cette singulière anomalie, parfois héréditaire. MM. Lemoine et Linossier la considèrent comme une névrose gastrique. M. Apert rappelle que Muller, ayant pratiqué l'autopsie d'un sujet méryciste et appartenant à une famille de mérycystes, a trouvé l'estomac partagé en deux poches, l'une pylorique, l'autre cardiaque, disposition qui était probablement soit cause soit conséquence de l'habitude vicieuse.

Traitement de la néphrite syphilitique.

Le traitement de la néphrite syphilitique est une source d'embarras pour le praticien. Doit-on traiter cette affection comme les néphrites ordinaires par le régime lacté, la cure déchlorurée, etc., ou doit-on faire intervenir la médication hydrargyrique ?

M. Levy-Fraenkel met en discussion cet intéressant problème thérapeutique, en communiquant l'observation d'une néphrite syphilitique tertiaire avec anasarque, ascite et hydrothorax double, non influencée par le régime déchloruré jusqu'à l'institution du traitement mercuriel.

Le mercure paraît d'une utilité incontestable, dans certains cas. Un malade de M. Legendre fut pris, en pleine période secondaire, d'anasarque avec albuminurie colossale (99 grammes par jour). Les injections d'huile biiodurée alternant avec l'iodure de potassium amenèrent une guérison complète au bout de sept mois.

D'autres fois, le mercure est inutile et semble même nocif. M. Widal cite une malade entrée dans son service avec une éruption secondaire, des œdèmes et 64 grammes d'albumine (chiffre énorme que l'on ne constate guère que dans ces néphrites syphilitiques secondaires) ; chez cette femme, l'albuminurie et les œdèmes disparurent simplement après 8 jours de lit et de régime déchloruré. Chez un second malade, on donna du mercure, mais il dut être suspendu en raison de phénomènes d'intoxication. Ainsi la néphrite syphilitique peut marcher rapidement vers la guérison par le simple repos et le régime. D'autre part, le traitement hydrargyrique n'est pas sans dangers et ne doit pas être employé systématiquement, sans indication.

M. Siredey a vu des exemples dans l'un et l'autre sens. Une fois, le traitement spécifique a fait disparaître rapidement l'anasarque et l'albuminurie. Une autre fois, au contraire, une injection hypodermique mercurielle doubla la quantité d'albumine.

M. Mosny a également observé des cas de néphrite syphilitique secondaire, analogues cliniquement, qui se comportèrent tout différemment à l'égard de la médication hydrargyrique.

En définitive, de cette discussion, on peut conclure ceci : l'action du traitement spécifique dans la néphrite syphilitique secondaire est tantôt favorable, tantôt nulle, tantôt défavorable. Le mercure ne doit donc être administré en pareil cas qu'avec une certaine prudence. M. Widal conseille de laisser d'abord le malade pendant quelques jours au repos et au régime hypochloruré pour voir si, par ces simples moyens, on n'assiste pas à la disparition rapide de l'albumine et à l'effondrement des œdèmes.

M. Siredey adopte la pratique suivante : après avoir imposé le repos au lit et le régime lacté pendant une semaine pour établir le taux moyen de l'albuminurie, il fait un essai de traitement spécifique par l'injection de sel soluble de mercure. Si l'albuminurie augmente, il renonce à cette thérapeutique ; il la poursuit si l'albuminurie reste stationnaire ou diminue.

P. L.

HYDROLOGIE

Eaux-Bonnes et suites de grippes.

L'influenza a fait l'hiver dernier un retour des plus offensifs dans toute la France, et rappelant les plus mauvais jours de l'hiver 1889-1890.

De sorte qu'aujourd'hui nombre de nos compatriotes conservent du côté de l'appareil respiratoire des tares plus ou moins prononcées, des susceptibilités plus ou moins grandes qui retentissent sur leur santé générale.

Ce sont ces suites d'influenza, « ces séquelles de grippe » ainsi qu'on a coutume de les appeler, qui sont le triomphe de la médication Eaubonnaise.

On a malheureusement trop pris, d'une part, l'habitude de n'envoyer à Eaux-Bonnes que des tuberculeux avérés et souvent trop avancés ; et d'autre part on néglige trop fréquemment la prophylaxie de la tuberculose.

Et c'est pour cette double raison que nos confrères ne songent pas assez aux Eaux-Bonnes, et n'y envoient que trop rarement ceux de leurs clients, qui bénéficieraient le plus d'une cure opportune.

Le scepticisme médical vis-à-vis de la médication thermale progresse d'année en année et c'est fort regrettable ; nombre de maladies graves, nombre de cas de tuberculoses seraient évités, si les praticiens écoutaient davantage la voix de leurs confrères hydrologues.

Ma vieille expérience me permet d'affirmer que presque tous les médecins qui envoient leurs clients aux Eaux-Bonnes n'ont pas lieu de s'en repentir, parce qu'au retour, ces clients ont toujours lieu de se féliciter de leur saison et en sont très reconnaissants à leur médecin.

« Si les Eaux-Bonnes étaient en Suisse, leur vogue serait prodigieuse », me disait l'an dernier un membre du *Concours*, connaissant bien la Patrie de Guillaume Tell, et ayant étudié à fond les mœurs médico-commerciales de nos confrères helvétiques.

Mais les Eaux-Bonnes sont en France et dans

les Pyrénées, dans une région admirable, jouissent d'un climat d'été délicieux. C'est une station qui a en outre pour elle de posséder des *eaux sulfureuses* d'une puissance incontestable mais surtout appréciées à l'*étranger*, et connues des générations médicales qui nous ont précédés.

La thérapeutique moderne, hélas, a des prétentions excessives ; elle se recommande exclusivement de la *méthode expérimentale* et veut s'affranchir de l'*empirisme* : ce qui équivaut à dire qu'elle fait table rase de la tradition.

Tout cela ce sont des mots : « méthode expérimentale cela vous a un air scientifique, mathématique même : «tant de milligrammes d'alcaloïde par kilog. de viande de l'animal vivant ».

La balance d'une main et le cobaye de l'autre, pendant que l'acide, avec une pipette transféré d'une éprouvette dans un tube à expérience, soigneusement fermé ensuite avec un bouchon d'ouate,va mijoter dans une étuve à température constante, il en sort des sérums qu'on enfermera dans une ampoule ; et tout cela se terminera par une injection hypodermique.

La seringue de Pravaz remplace la seringue de Molière !

Tout cela sent son alchimiste d'une lieue ; mais jamais la thérapeutique ne guérira un malade comme une formule algébrique résout un problème de mathématique.

C'est pourquoi, bien que démodée, la vieille tradition médico-thérapeutique a encore du bon avec son empirisme.

La « Source vieille d'Eaux-Bonnes » continue à verser par ses robinets de platine cette eau sulfureuse qui n'a cependant rien perdu de ses qualités d'antan.

Nous ne connaissons pas mieux que jadis la *formule* par laquelle l'Eau-Bonne prévient et guérit rhume, bronchites, catarrhe, séquelle d'influenza, pharyngites, laryngites, et tuberculoses pulmonaires, mais il n'est pas inutile de rappeler de temps à autre cette vieille formule thérapeutique de Trousseau et Pidoux :

« L'Eau-Bonne dans les maladies des voies respiratoires a une profondeur d'action qu'on ne peut demander à aucun autre médicament à aucune autre eau minérale ».

D[r] Léon LERICHE.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Nous publions ci-après un jugement rendu au profit d'un membre du *Sou médical*, et obtenu par lui avec l'appui et les conseils de notre utile Ligue de défense professionnelle.

Il s'agissait de la distribution du prix de vente de bestiaux, du matériel et attirail de culture d'un fermier, auquel le D[r] F., avait donné des soins dans la dernière maladie qui avait duré plusieurs années. Le médecin avait produit à la contribution par privilège, pour le montant de sa créance, mais dans le règlement provisoire, dressé par le juge, ce privilège s'était trouvé primé par celui qu'invoquait pour une somme de 19000 fr. un créancier qui avait vendu en 1897 (le décès de l'acquéreur s'était produit en mars 1905) des bestiaux, le matériel et attirail de culture dont le prix n'avait pas été payé. Si cette collocation par privilège avait été maintenue, la totalité de la somme en distribution eût été absorbée et la créance du médecin ne fût pas venue en ordre utile. Le D[r] F. s'adressa au *Sou médical* qui, après étude de la question, lui donna ses conseils et son appui pour contester le règlement provisoire.

La décision rendue a fait droit à la contestation du D[r] F., en supprimant la collocation par privilège accordée au vendeur d'effets mobiliers, et en admettant le privilège du médecin pour les deux dernières années de soins.

Sur tous les points, le tribunal a fait une juste application de principes juridiques souvent proclamés par la jurisprudence. Le privilège du vendeur d'objets mobiliers qui, aux termes de l'art. 2102 §4 du Code civil, en tant que privilège spécial ayant pour gage les objets vendus eux-mêmes, prime le privilège général pour frais de dernière maladie, qui a pour gage la généralité les meubles du débiteur, ne peut s'exercer que sur les effets mobiliers vendus eux-mêmes et si l'on peut établir que ces meubles ou effets mobiliers sont restés aux mains du débiteur et n'ont pas été remplacés par d'autres par suite du dépérissement, de la consommation ou de l'usure de ceux vendus. Il est bien certain qu'un propriétaire d'installation agricole qui a vendu en 1897 des bestiaux, du matériel et de l'attirail de culture à un fermier, ne peut pas prétendre huit ans après que ce fermier a en possession les mêmes chevaux, vaches, moutons, et même en général les mêmes ustensiles agricoles que ceux qui ont fait l'objet de la vente. Si même il peut exister certains des objets vendus parmi ceux dont la réalisation a été effectuée, du moment où il n'est plus possible, après la vente, de distinguer le prix des anciens objets, de celui des objets acquis depuis, le vendeur non payé, à qui incombe la charge de prouver l'identité des objets, doit succomber dans sa demande d'une collocation par privilège.

Enfin il est certain que, s'il s'agit d'une maladie chronique du débiteur, le médecin pourra exercer un privilège pour sa créance relative aux frais de la dernière maladie, mais la jurisprudence admet que si le privilège ne peut pas, sous peine de nuire aux droits des autres créanciers, s'appliquer à un nombre plus ou moins considérable d'années pendant lesquelles les soins ont été donnés, il y a lieu tout au moins de prendre comme maximum la durée de deux ans, qui est le délai de la prescription. Pour les soins qui remontent à une époque antérieure à ces dernières années, le médecin est en faute de ne les avoir pas réclamés.

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour,
Conseil du *Sou médical*.

Tribunal civil de Fontainebleau, 14 mars 1907.

Le Tribunal.

Oui..., etc...,

Sur la première constatation :

Attendu que M. de Q.... colloqué au règlement provisoire par privilège de vendeur sur les prix des animaux, matériel, attirail de culture, pour une somme de seize mille francs, montant de la production, comme ayant vendu lesdits objets pour ledit prix aux

époux M.... à la date du trois avril 1897, se voit contester le privilège par lui réclamé en raison de ce que les animaux, matériel, attirail vendus les vingt-deux, vingt-trois, vingt-quatre et vingt-cinq janvier 1905, ne seraient pas identiquement les mêmes que ceux par lui vendus aux dits époux le trois avril 1897 ;

Attendu qu'une des conditions essentielles de l'exercice du privilège du vendeur est qu'il puisse porter sur le prix de la chose même, objet de la vente, qui a donné naissance au privilège ;

Attendu que de Q.... ne prouve, ni ne demande à prouver que les objets sur le prix desquels il demande sa collocation par privilège, soient identiquement ceux-là même par lui vendus aux époux M... en 1897 ;

Qu'au surplus, le long laps de temps écoulé entre cette date et celle de la vente sur les époux M..., de nombreuses collocations admises par privilège de vendeur ou de conservateur de la chose sur le prix d'animaux et d'objets de matériel et attirail de culture, achetés par les époux M... après 1897, laissent présumer que depuis cette date les animaux et les objets servant à l'exploitation de la ferme ont été pour la plus grande partie remplacés et renouvelés et ne sont plus ceux-là même vendus aux époux M... par de Q..., ou que, s'il subsiste quelques-uns de ces derniers, il serait impossible d'en distinguer le prix du prix de ceux qui ont été postérieurement acquis ;

Qu'il y a donc lieu de ne pas admettre le privilège réclamé et réformant le règlement provisoire de n'admettre la créance qu'au marc le franc.

Sur la seconde contestation :

Attendu que les seuls représentants du sieur M.... décédé le dix-huit mars 1905 sont aujourd'hui les enfants mineurs qu'il a laissés de son union avec la dame B...., restée sa veuve ; que tous autres héritiers majeurs du dit sieur ont renoncé à sa succession par acte passé au greffe de ce Tribunal en date des onze avril et dix neuf juin 1905 enregistré ; que cette succession n'a été acceptée au nom des dits enfants mineurs que sous bénéfice d'inventaire suivant déclaration faite en leur nom au greffe de ce Tribunal par leur mère et tutrice légale le onze avril 1905 enregistrée ;

Que dès la date du vingt-cinq mars précédent, opposition était faite à la requête du sieur A...., sur les deniers dépendant de la dite succession, suivant exploit de Mongin, huissier à Montereau le vingt-cinq mars et enregistré ; que le vingt-neuf mars suivant, par exploit du même huissier également enregistré assignation était signifiée à la dame veuve M.... comme tutrice de ses enfants mineurs à la requête du même A.... à comparaître devant le Tribunal de ce siège, pour voir statuer sur cette opposition ;

Attendu qu'à dater de cette opposition, les héritiers bénéficiaires aux termes de l'article 808 du Code Civil n'ont pu payer d'eux-mêmes les créanciers de la succession au fur et à mesure qu'ils se présentaient mais seulement dans l'ordre et de la manière réglée par le juge ;

Qu'une des conséquences de cette situation est de rendre, aux termes de l'article 1298 du Code Civil, l'extinction par compensation inapplicable aux dettes et aux créances de la succession. Qu'en effet, la compensation ne peut s'opérer entre une dette et une créance de la succession, puisque cette compensation est fondée sur la fiction d'un double paiement possible et que de la part des héritiers bénéficiaires le paiement n'est plus possible que dans l'ordre et de la manière réglée par le Juge, c'est-à-dire qu'au moyen de la procédure des distributions par contribution ;

Attendu qu'en conséquence c'est à tort que le règlement provisoire établit compensation entre la créance privilégiée de Q.... pour deux années de loyer et l'année courante, et les sommes dont il est débiteur envers la succession aux termes du jugement du dix-neuf juillet 1905 ; que le dit jugement, il est vrai, dispose bien que ces sommes se compenseront à due concurrence avec la créance des loyers dus à de Q..., mais que ce jugement ne saurait être opposé aux tiers créanciers qui n'y ont pas été parties, alors que la succession était acceptée sous le bénéfice d'inventaire et qu'opposition à la requête de créanciers frappant les deniers de la succession, ces deniers ne pourraient plus être attribués et répartis conformément à l'article 808 du Code Civil que par un règlement de contribution : qu'il y a donc lieu d'admettre par privilège de bailleur de Q... pour deux années de fermage et l'année courante ainsi que pour les dommages-intérêts alloués pour résiliation de bail et au marc le franc pour les autres années de loyers dues et non soumises à la prescription de cinq ans, enfin d'ordonner que les sommes par lui dues à la succession M... en vertu du susdit jugement du dix-neuf juillet 1905, seront par lui déposées à la Caisse des Consignations pour être distribuées et réparties entre les créanciers de la dite succession compris lui-même conformément à l'article 808 déjà cité.

Sur la troisième contestation :

Attendu que la production du docteur Fleur porte sur des visites et soins donnés depuis 1902 jusqu'au mois de janvier 1905, que ces visites et soins ne peuvent s'appliquer depuis 1902 à la dernière maladie du sieur M...; qu'au surplus l'action des médecins pour visiter se prescrit par deux ans ; que la créance de D... ne porte que pour des médicaments fournis dans la dernière année.

Par ces motifs,

En la forme : Donne acte à Me H... comme avoué le plus ancien de ce qu'il déclare s'en rapporter à justice.

Et au fond : Réforme le règlement provisoire en ce que la production de Q... pour seize mille francs montant du prix des animaux, matériel et attirail de culture par lui vendus aux époux M.... ne sera admise qu'au marc le franc; rejette sa demande de privilège de ce chef ; Réforme encore le règlement provisoire en ce qu'il a opéré compensation entre les sommes dues à de Q... pour loyers et celles par lui dues en vertu du jugement du dix-neuf juillet 1905 ; dit que de Q.... sera colloqué par privilège de bailleur pour les deux dernières autres années échues et l'année courante ainsi que pour les dommages-intérêts à lui alloués par le dit jugement et au marc le franc pour le surplus des loyers à lui dus non soumis à la prescription quinquennale, dit que les sommes par lui dues à la succession en vertu du susdit jugement seront par lui versées à la Caisse des Consignations à première réquisition de l'un des créanciers pour être ensuite distribuées et réparties entre tous les créanciers de la succession, compris lui-même, par voie de distribution par contribution ; dit que les créances des sieurs F... et D... ne seront admises par privilège que pour le montant des visites faites et des médicaments fournis dans les deux dernières années qui ont précédé le décès du sieur M..., soit trois cent soixante-dix-huit francs pour la créance F... et deux cent cinquante-deux francs soixante centimes pour D..., rejette pour le surplus leurs demandes en collocation même au

marc le franc, réforme sur ce point le règlement ; déboute les contestants de toute autre contestation par eux formulée, et emploie les dépens en frais privilégiés de distribution, desquels distraction est prononcée au profit des avoués en cause aux offres de droit.

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Nous faisons appel à tous nos lecteurs afin d'obtenir qu'ils nous adressent le récit de tous faits analogues à celui qui se trouve ci-dessous rapporté, et dont nos confrères de Belgique s'enorgueillissent avec raison.

Nos syndicats nouvelle manière vont *passer aux actes* sur cette question du libre choix, ou bien faillir à leurs statuts et désavouer le Congrès des praticiens, ce qui nous paraît fort improbable.

Le moment est donc venu de constituer un dossier capable de démontrer aux représentants des collectivités que le médecin qui se respecte ne soumissionne plus comme un épicier, ne se vend pas à forfait, entend rester indépendant et scrupuleusement respectueux des droits, des secrets, des intérêts de son client.

C'est la plus belle page de l'histoire des syndicats médicaux qui va commencer d'être écrite par tous les pratiquants de la solidarité, et le *Concours* sera heureux de la tenir bien à jour. Cela le changera des impressions pénibles que lui causèrent jadis les défaillances et les trahisons dont l'ère doit être close.

Un bel exemple de solidarité

Dans une commune du Hainaut, à Montignies-les-Lens, existait, depuis longtemps, le régime du libre choix du médecin par les indigents inscrits au bureau de bienfaisance.

Pour des raisons que nous ne voulons pas apprécier (elles n'ont rien à voir en l'occurrence) le bureau de bienfaisance de Montignies supprima le libre choix et conféra le service à un seul médecin. Hâtons-nous de dire que la réforme n'était pas provoquée par des raisons budgétaires. Une lettre officielle de M. le gouverneur du Hainaut en fait foi. Ce haut fonctionnaire invitait le bureau à rétablir le système du libre choix en invoquant des raisons de justice et d'humanité.

Malgré l'intervention du gouverneur et du bourgmestre, le bureau s'entêta à maintenir la nomination d'un médecin unique.

Le syndicat médical de Mons s'émut de ces faits et, d'accord avec les médecins intéressés, prit la décision suivante : Les pauvres de Montignies pourront s'adresser aux quatre médecins de la localité : MM. Cuvelier, Cousinne, Dubois et Noul, anciens titulaires. L'honorable Dr Cuvelier, actuellement seul médecin officiel, prend l'engagement d'indemniser ses confrères au prorata du nombre des familles inscrites sur chaque liste.

Le bureau de bienfaisance, en apprenant la décision susdite, menaça le Dr Cuvelier de révocation s'il se conformait à l'accord intervenu et lui notifia sa volonté par lettre.

Cette lettre, communiquée à l'assemblée générale du syndicat de Mons, provoqua le vote unanime d'un ordre du jour ratifiant la décision prise par le bureau.

Il est probable que l'administration de la bienfaisance publique de Montignies s'est émue du mouvement de solidarité médicale, car elle a fini par reconnaître à l'honorable Dr Cuvelier le droit de faire de ses honoraires l'usage qui lui convient.

C'est avec un sentiment d'intime satisfaction que nous relatons cet exemple de solidarité entre médecins. C'est un encouragement et une propagande par l'action, encouragement surtout pour les confrères assez désintéressés pour défendre le libre choix du médecin pour tous, riches et pauvres, administrateurs et administrés.

(*Le Scalpel*). Dr L. D.

MÉDECINE NAVALE

Instruction relative à l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

I. — Admission dans les écoles annexes.

Les candidats qui sollicitent leur admission dans une des écoles annexes de Brest, Rochefort ou Toulon doivent se faire inscrire, du 15 septembre au 1er octobre, à la préfecture du département où est établi le domicile de leur famille ou de celui où ils poursuivent leurs études. Les dossiers sont transmis au ministre de la marine par les préfets, avant le 15 octobre, délai de rigueur.

Tout candidat, lors de son inscription, doit justifier :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français ;

2° Qu'il est âgé de dix-sept ans au moins au 1er janvier qui suit la date de l'admission, ou qu'il n'est pas susceptible d'être appelé sous les drapeaux au mois d'octobre de l'année d'admission ;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole ;

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ;

5° Qu'il est pourvu des diplômes suivants :

a) *Pour la médecine* : Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention « lettres-philosophie », et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; soit, avec dispense du baccalauréat lettres-philosophie, les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une faculté des sciences : physique, chimie, botanique, zoologie ou physiologie générale ou embryologie générale (1).

b) *Pour la pharmacie* : Soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, avec mention « lettres-philosophie », ou avec mention « lettres-mathématiques », ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne, avec l'une ou l'autre des trois mentions ; soit transitoirement

(1) Par décision du ministre de la marine, les candidats peuvent être inscrits provisoirement dans une école annexe de médecine navale sans produire l'un des diplômes, s'ils remplissent toutes les autres conditions réglementaires. Mais leur admission définitive ne peut être prononcée que s'ils justifient, avant le 30 novembre, de la possession du diplôme manquant. Ils recevront à ce moment l'ordre de se rendre au port.

le diplôme de bachelier ès-lettres ou le diplôme de bachelier ès-sciences complet (1).

Le candidat doit, en outre, produire un certificat de bonnes vie et mœurs et le consentement des parents ou tuteurs.

Les admissions ont lieu du 1er au 30 novembre de chaque année, par décision ministérielle.

Les candidats admissibles aux écoles annexes subissent un premier examen de santé à leur entrée, un deuxième à la fin de la première année d'études et avant le concours d'admission à l'école de Bordeaux. Ils sont ensuite contre-visités à leur arrivée à l'école principale.

Les élèves en médecine admis dans les trois écoles annexes de Brest, de Rochefort, et Toulon y accomplissent une année d'études médicales.

Les élèves en pharmacie admis dans les écoles annexes de médecine navale y accomplissent deux années de stage réglementaire, ou tout au moins une année s'ils comptent déjà un an de stage officinal. Ils sont ensuite dispensés de la troisième année, l'année de stage à l'école d'application des médecins et pharmaciens de marine ou à celle de médecins et pharmaciens militaires devant en tenir lieu. De plus, les épreuves du concours d'admission à l'école principale du service de santé de la marine de Bordeaux dispensent ces élèves de l'examen de validation de stage.

Après avoir accompli une année d'études médicales, pour les étudiants en médecine et deux années de stage, pour les étudiants en pharmacie, ils prennent part au concours d'entrée à l'école principale du service de santé de la marine.

Les élèves des écoles annexes s'entretiennent à leurs frais ; ils logent et prennent leurs repas en ville et ne portent pas d'uniforme. Ils ne contractent aucun engagement.

Ces élèves acquittent les droits des quatre premières inscriptions. Ils sont exonérés de tous frais universitaires à partir de leur entrée à l'école principale.

II. — Admission a l'école du service de la marine a Bordeaux.

L'école du service de santé de la marine, instituée près de la Faculté de médecine de Bordeaux, a pour objet d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la marine et des médecins et pharmaciens de l'armée coloniale.

Lorsque les élèves sont pourvus du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de 1re classe, ils sont, sur la proposition du directeur de l'Ecole, ou nommés au grade de médecin ou de pharmacien de 3e classe, s'ils sont affectés au corps de santé de la marine, ou mis à la disposition du département de la guerre en vue de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales. Ceux d'entre eux qui sont destinés à la marine sont ensuite répartis dans les ports militaires ou maintenus à Bordeaux pour y suivre les cours de l'institut colonial jusqu'au 1er février.

A partir du 1er février, ils sont tous réunis au port de Toulon pour y faire un stage et suivre les cours d'application, jusqu'au 1er septembre.

Le jour où ils seront nommés médecins ou pharmaciens de 1re classe, il leur est attribué quatre années de services à titre d'études.

Modes et conditions d'admission des élèves.

Nul n'est admis à l'école du service de santé de la marine que par voie de concours. Le concours a lieu tous les ans dans les ports de Brest, Rochefort et Toulon.

Le jury du concours d'admission à l'école de Bordeaux est composé d'un directeur du service de santé, président, de deux médecins en chef ou principaux pour la ligne médicale ; du même directeur, de deux pharmaciens en chef ou principaux pour la ligne pharmaceutique.

Les membres du jury sont annuellement désignés par le ministre de la marine.

Nul ne peut être admis au concours ;

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français :

2° S'il est âgé de plus de vingt-quatre ans ou de moins de dix-huit ans au 1er janvier qui suit la date du concours, c'est-à-dire pour le concours de 1907 que la date de sa naissance doit être comprise entre le 1er janvier 1884 et le 31 décembre 1889 ;

La limite d'âge pourra être reculée d'un an pour les candidats ayant accompli une année de service militaire ;

3° S'il n'a été vacciné avec succès où s'il n'a eu la petite vérole ;

4° S'il n'est robuste, bien constitué, et s'il est atteint d'une maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ;

5° S'il ne vient d'accomplir une année d'études médicales dans une des écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort ou Toulon. L'autorisation de concourir pourra être accordée aux jeunes gens présents sous les drapeaux, qui auront accompli une année d'études médicales dans une des trois écoles annexes immédiatement avant leur départ pour le service.

Les jeunes gens qui se destinent à la carrière pharmaceutique doivent justifier, pour l'admission au concours de deux années de stage, dont une au moins accomplie dans une école de médecine navale.

Les candidats doivent produire un certificat de bonnes vie et mœurs, et, s'il y a lieu, l'autorisation des parents ou tuteurs. Ils ont de plus, à indiquer le port militaire dans lequel ils désirent passer le concours d'admission.

Chaque demande doit être en outre accompagnée ;

1° D'une déclaration sur papier timbré par laquelle les parents, père, mère ou tuteur, s'engagent à payer au Trésor public par trimestre et d'avance une pension annuelle de 700 francs ;

2° D'un second acte, sur papier timbré, portant engagement de payer le trousseau, les livres et objets nécessaires aux études.

Ces deux engagements, qui deviennent nuls en tout ou en partie, en cas de concession d'une bourse ou d'une demi-bourse, d'un trousseau ou d'un demi-trousseau, doivent être libellés comme l'indiquent les modèles 1 et 2 annexés à la présente instruction.

Toutes ces conditions sont de rigueur et aucune dérogation ne peut y être autorisée.

Chaque année à l'époque déterminée par la décision ministérielle fixant le programme des épreuves, les candidats auront à demander leur inscription au ministre de la marine, en fournissant les pièces ci-dessus mentionnées.

La liste d'inscription sera close le 15 juillet.

Le prix de la pension est de 700 fr. par an ; celui du trousseau de 740 fr. pour la première année, de 275

(1) Les candidats devront produire leurs diplômes ou, s'ils ne leur ont pas été délivrés, les certificats provisoires ; mais, en aucun cas, les copies, même certifiées, de ces pièces, ne seront admises à en tenir lieu.

fr. pour la deuxième année et de 265 fr. pour la troisième année.

Les livres, instruments et objets nécessaires aux études sont compris dans le trousseau.

Des bourses et des demi-bourses, des trousseaux et des demi-trousseaux peuvent être accordés aux élèves qui ont préalablement fait constater dans les formes prescrites l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'école.

Les bourses et les demi-bourses, les trousseaux et les demi-trousseaux sont accordés par le ministre de la marine sur la proposition du conseil d'instruction de l'école.

Les familles qui désirent obtenir le dégrèvement total ou partiel des frais de la pension ou du trousseau doivent faire une demande énonçant qu'elles sollicitent : une bourse ou une demi-bourse ; une bourse avec trousseau ou demi-trousseau ; une demi-bourse avec trousseau ou demi-trousseau ou enfin un trousseau ou demi-trousseau seulement.

Cette demande, adressée au ministre de la marine sur papier timbré, doit être remise, avant le 15 juillet, au préfet du département où réside la famille, accompagnée :

1° D'un état de renseignements détaillés sur les moyens d'existence, le nombre, l'âge et la situation respective des enfants et les autres charges des parents ;

2° D'un relevé des contributions.

La demande de bourse, trousseau (suivant le cas) doit être libellée suivant le modèle n° 3 annexé à la présente instruction. La demande et les documents 1° et 2° sont ultérieurement transmis au ministre, le 15 septembre au plus tard, par les préfets des départements qui provoquent une délibération du conseil municipal du lieu de la résidence ordinaire des familles, la joignent au dossier et font connaître leur avis.

Les différents droits de scolarité et d'examen sont payés par le ministre de la marine, conformément aux règlements universitaires. Les élèves démissionnaires ou exclus de l'école sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été boursiers, au payement du montant des frais de pension et de trousseau dont ils ont été exonérés.

Les élèves du service de santé de la marine contractent au moment de leur entrée à l'école, un engagement spécial par lequel ils s'obligent à servir dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien de 3e classe ou de médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe (Décret du 6 avril 1906).

Ceux qui n'ont pas encore été inscrits sur les tableaux de recensement s'engagent en outre, par le même acte, à servir pendant un an, aux conditions ordinaires, avant d'entrer à l'école principale du service de santé. Cette année de service sera accomplie dans le corps des équipages de la flotte (Décret du 6 avril 1906).

Seront également incorporés dans le corps des équipages de la flotte, pour y faire une année de service aux conditions ordinaires, les jeunes gens de la classe de 1906, admis à l'école, qui n'auraient pas satisfait aux obligations du service militaire, ainsi que les ajournés des classes antérieures, reconnus aptes au service par le conseil de revision, qui se trouveraient dans les mêmes conditions.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat général des oto-rhino-laryngologistes français.

Assemblée générale du 31 *mai* 1907.

A la suite de la convocation adressée par le docteur Magnan, de Tours, à ses confrères, un assez grand nombre d'oto-rhino-laryngologistes étaient présents à la première réunion, tenue dans la grande salle de l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, à Paris.

Le docteur Magnan résuma les motifs qui lui avaient paru de nature à provoquer la constitution d'un syndicat d'ordre professionnel, à côté du Congrès annuel scientifique, et pria ses confrères de voter immédiatement sur la proposition suivante : « *Y a-t-il intérêt à créer un groupe syndical des oto-rhino-laryngologistes de France* ? »

Cette proposition fut adoptée à l'unanimité des membres présents. Il fut ensuite décidé de nommer un bureau provisoire pour la discussion et le vote des statuts du nouveau Syndicat. Furent élus, par acclamation : MM. Moure, président ; Ruault et Magnan, assesseurs.

Les statuts furent discutés, puis adoptés article par article. Sur la proposition de quelques membres, la séance fut levée et la date de la seconde séance fixée au mercredi 15 mai, pour l'élection du bureau définitif.

La deuxième séance du Syndicat eut lieu, conformément aux conventions, 8, rue Danton, à 8 heures 1/2 précises du matin. Le vote sur l'élection du bureau définitif donna comme résultats :

Président : M. Moure, de Bordeaux. — Vice-présidents : MM. Luc, de Paris ; Mouret, de Montpellier ; Ruault, de Paris ; Gaudier, de Lille. — Secrétaire général : M. Magnan, de Tours ; secrétaire adjoint : M. Cauzard, de Paris. — Trésorier : M. Georges Gellé, de Paris ; trésorier adjoint : M. Dubar, de Paris.

Membres du Conseil d'administration :

Pour Paris : MM. Castex, Furet, Grossard, Heckel, Mahu.

Pour la province : MM. Bar (Nice), Berthemès (Charleville), Bonain (Brest), Bouyer (Cauterets), Brindel (Bordeaux), Delobelle (Lille), Depierris (Cauterets), Gault (Dijon), de Gorse (Luchon), Jacques (Nancy), Kaufman (Angers), Labouré (Amiens), Makiewicz (Rouen), Molinié (Marseille), Moncorgé (Mont-Dore), Rozier (Pau), Sargnon (Lyon), Simonin (Limoges), Texier (Nantes).

Avant de lever la séance, le secrétaire général propose de mettre à l'étude les questions suivantes :

1° *Inspection médicale des enfants.* (Rapporteur : R. Brindel, de Bordeaux) ;

2° *Rapports avec les mutualités.* (Rapporteurs MM. Molinié, de Marseille ; Sargnon, de Lyon) ;

3° *Admission des malades aisés dans les hôpitaux* (hospitalisés, — ambulants).

Nous sommes heureux de constater l'accueil chaleureux qui a été fait à l'initiative de notre confrère, en faisant remarquer qu'à l'issue de l'assemblée générale, le nombre des adhérents au syndicat atteignait cent cinquante oto-rhino-laryngologistes. Nous ne doutons pas qu'avant la fin de l'année les isolés viendront d'eux-mêmes se grouper autour de la bannière syndicale, qui est la seule arme possible pour la sauvegarde des intérêts professionnels.

Société du XIVe arrondissement

(Extrait du procès-verbal de la séance du 6 mai 1907).

« *Désencombrement des hôpitaux par la création d'infirmeries de quartier* » projet du Dr Malbec, ancien président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

Le Dr COLDEFY, secrétaire général, résume brièvement la question et constate que la proposition Malbec est susceptible de léser de plusieurs façons les intérêts généraux du corps médical parisien : que, multipliant les hôpitaux, elle peut multiplier encore les faux indigents et créer en plein Paris de nouveaux centres de contagion ; qu'elle ne peut qu'obérer davantage le budget de l'Assistance publique, qu'elle porte entrave au libre choix et qu'enfin, si l'on voulait faire bénéficier de l'infirmerie de quartier toutes les variétés de malades dont parle le Dr Malbec, il faudrait non plus 18 lits par quartier, mais bien davantage.

Après discussion, la Société, se montrant unanime à admettre le mal fondé du projet, le Dr Goldefy propose l'ordre du jour suivant :

« La Société médicale du XIVe, considérant : 1° que, si l'hôpital était réservé aux seuls indigents, il contiendrait suffisamment de places pour soigner tous les vrais malades :

2° Que la création d'infirmeries de quartier tend nettement à léser les intérêts de la généralité des médecins et de l'Assistance publique au profit d'une minorité de médecins de l'Assistance publique ;

3° Que le mode d'admission et de traitement préconisé est une nouvelle atteinte au libre choix du médecin par le malade.

Emet le vœu que ce projet soit abandonné et charge ses délégués au Conseil général de voter contre son adoption ».

Cet ordre du jour est voté à l'unanimité.

Le Dr LEURET rapporte ensuite les paroles prononcées récemment par le professeur Reclus dans une clinique qu'il faisait à ses élèves de la Charité à propos des accidents du travail.

« Depuis la loi sur les accidents du travail, les sociétés d'assurances, qui presque partout se sont substituées aux patrons, ont senti le besoin d'organiser des hôpitaux ou des instituts, où les accidentés et en particulier les fracturés reçoivent des soins appropriés.

« Nous devrions avoir en France de pareils hôpitaux ; nous nous étonnons que nos puissantes compagnies d'assurances n'y aient pas songé. Elles pourraient en donner la direction à des hommes rompus au traitement des fractures, et nous pensons que notre distingué élève Heitz-Boyer pourrait appliquer ses appareils.... ».

Le Dr LEURET proteste contre ces paroles susceptibles de placer malades et médecins sous la dent des compagnies d'assurances, et, comme sanction, propose l'ordre du jour suivant :

« La Société médicale du XIVe arrondissement déplore l'éducation donnée par un professeur, expert près les tribunaux, qui dans une clinique de la Faculté émet le vœu contraire au principe du libre choix du médecin consacré par la loi, de voir tous les blessés du travail hospitalisés dans des hôpitaux appartenant aux compagnies d'assurances et dirigés par des médecins à leur solde ».

Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire de la séance,
Dr LEICKNAM.

A propos des infirmeries de quartier, la Société du XVIIe avait adopté déjà, quelques jours avant, l'ordre du jour ci-dessous du Dr Tissier-Guy :

« La Société médicale du XVIIe Arrondissement, ayant pris connaissance du projet de création d'infirmeries de quartier ;

« Considérant que ce projet, bien que conçu dans les meilleures intentions, ne saurait remplir avantageusement le but proposé de désencombrer les hôpitaux ;

« Qu'on serait amené rapidement par la force des choses à donner à ces infirmeries le rôle administratif et médical des services hospitaliers avec lesquels elles feront double emploi ; faute de quoi il pourrait se produire des accidents engageant la responsabilité de l'Assistance publique et du médecin chargé du service ;

Que la création et l'entretien de ces infirmeries constitueraient pour les deniers publics un surcroît considérable de charges ;

« Que le seul procédé efficace et juste de désencombrement des hôpitaux est d'en interdire l'entrée à tous les malades riches ou aisés ;

« Pour ces motifs, se déclare défavorable à la création d'infirmeries de quartier et demande à M. le Directeur de l'Assistance Publique de prendre les mesures administratives nécessaires pour réserver les services hospitaliers aux seuls malades indigents et nécessiteux. »

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal de l'oculistique.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs l'important jugement que voici, obtenu par l'initiative du Syndicat des oculistes français :

Tribunal de première instance de Sedan, 15 *mai* 1907

« Attendu qu'aux termes de l'article 5 de la loi de trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, les médecins diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents ;

Que toute personne non munie de ce diplôme et qui prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, exerce illégalement la médecine, et est passible des peines édictées par l'article 18 de la même loi ;

Attendu que le vingt-neuf septembre mil neuf cent six, le Syndicat général des oculistes français a déposé au Parquet de M. le procureur de la République de Sedan, une plainte pour exercice illégal de la médecine contre le docteur B..., médecin oculiste résidant à Namur, non pourvu d'un diplôme d'une Faculté française et a déclaré se porter partie civile dans la poursuite dont elle sollicitait l'ouverture ;

Attendu qu'au cours de l'information, le docteur B..., a reconnu que dans l'arrondissement de Sedan et les arrondissements voisins, depuis moins de trois ans, il avait visité, soigné ou opéré un certain nombre de malades et que notamment le seize octobre mil neuf cent trois, il avait pratiqué trois opérations à Raucourt, à Artaise-le-Vivier et à Sommauthe ;

Attendu qu'à plusieurs reprises il a été avisé par le Syndicat des médecins de Sedan, qu'il n'avait pas le droit d'exercer la médecine en France et qu'il avait pris l'engagement de s'abstenir ;

Qu'il explique d'ailleurs qu'au lieu de donner comme précédemment ses consultations à Sedan, à l'hôtel de l'Europe, et à Charleville, hôtel du Lion d'Argent, à des époques fixes et en annonçant son passage par l'envoi de cartes ou des avis insérés dans les journaux, il recevait ses clients français à Bouillon (Belgique), et que si, dans ces derniers temps, il a soigné et opéré des malades en France, il l'a fait à son corps défendant et pour complaire à ceux-ci qui étaient très désireux d'éviter les fatigues d'un voyage, soit à Namur, siège de son institut ophtalmique, soit même à Bouillon ;

Attendu que le docteur B..., ne saurait se prévaloir de la convention diplomatique intervenue le vingt-sept janvier mil huit cent quatre-vingt-un, entre la Belgique et la France qui règle l'admission réciproque à la pratique médicale des médecins dans les communes limitrophes des deux Etats, alors qu'il ne s'est conformé à aucune des mesures administratives exigées notamment en ce qui concerne la remise aux autorités compétentes françaises d'un diplôme, ainsi que d'une autorisation spéciale du Gouvernement belge ;

Attendu que le fait délictueux d'exercice illégal de la médecine relevé à sa charge est caractérisé et le rend passible des pénalités édictées par l'article 18 de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze ;

Attendu toutefois que pour l'appréciation de l'infraction commise et l'application de la peine, le Tribunal ne peut pas ne pas trouver une cause d'atténuation dans ce fait, à savoir que le docteur B..., père de l'inculpé, à raison de l'assistance donnée par lui aux blessés français en 1870-1871, a reçu du Gouvernement français la croix de chevalier de la Légion d'honneur, ainsi que l'autorisation de pratiquer la médecine en France ; qu'il y avait acquis dans la région frontière, et principalement à Sedan, une clientèle importante pour les maladies des yeux, dont B..., fils, l'inculpé, a naturellement bénéficié, *et qu'il n'est pas sans intérêt de mentionner que la ville de Fumay, pour reconnaître les soins donnés par ce dernier aux indigents, lui versait une allocation annuelle de cinquante francs*, ET QUE CETTE DÉPENSE, INSCRITE AU BUDGET COMMUNAL, RECEVAIT CHAQUE ANNÉE L'APPROBATION PRÉFECTORALE ;

Par ces motifs :

Reçoit le Syndicat général des oculistes français, représenté par son président, le docteur Motais, intervenant comme partie civile dans la poursuite intentée par le ministère public contre le docteur B... ;

Déclare le prévenu coupable d'avoir en France, et notamment dans l'arrondissement de Sedan, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine.

Et lui faisant application de l'article 18 de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, lu et portant : « Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de cent à cinq cents francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement ; »

Vu l'article 194 du code d'instruction criminelle lequel est ainsi conçu : « Tout jugement de condamnation rendu contre le prévenu et contre les personnes civilement responsables du délit, ou contre la partie civile, les condamnera aux frais même envers la partie publique ; les frais seront liquidés par le même jugement ; »

Le condamne en cent francs d'amende et aux dépens ainsi qu'au paiement de la somme d'un franc, à laquelle le Syndicat a réduit sa demande de dommages-intérêts. »

Le jugement ci-dessus serait quelconque s'il ne relevait pas dans son dernier *attendu* un fait à retenir.

Voilà comment la légalité est souvent observée en ce qui nous concerne par les municipalités et même par la préfecture qu'on donne comme tuteur à nos communes. Jugez des beaux résultats que fournit une pareille mentalité administrative quand la cuisine politique intervient par surcroît.

CORRESPONDANCE

Les douceurs de la vie de médecin de colonisation.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Vous avez bien voulu publier dernièrement un article sur la médecine de colonisation en Algérie. Puisque un comité de vigilance du Congrès des praticiens s'est formé en France, peut-être serait-il bon d'étudier froidement les avantages faits à nos confrères dans la plus belle de nos colonies.

On a beaucoup parlé de l'assistance médicale des indigènes, et cette assistance a été considérablement améliorée par M. le gouverneur général. Elle l'a malheureusement été aux dépens des médecins de colonisation qui sont mis actuellement sur le même rang que les gardes-champêtres.

Quels sont les avantages faits aux médecins de colonisation ?

1° Appointements	5e classe	3.000 fr.
—	4e classe	3.500 fr.
—	3e classe	4.000 fr.
—	2e classe	4.500 fr.
—	1re classe	5.000 fr.

On arrive à la 1re classe après 20 ans de service. Le docteur Laherre, médecin de colonisation à Châteaudun du Rhummel, âgé de 47 ans, a été nommé de 1re *classe huit jours après sa mort.* Il était depuis sept ans médecin de colonisation de 2e classe.

2° Indemnité de logement : 500 fr. C'est un prix unique ; or le moindre logement coûte 800 fr. au minimum. Si la famille du médecin est nombreuse, il doit payer mille francs.

3° Indemnité pour le service à l'infirmerie indigène : 600 fr.

Un médecin de colonisation de 5e classe touchera donc dès le début 3.000 + 500 + 600 = 4.100 fr.

Il devra donner des consultations gratuites aux indigènes, pratiquer la chirurgie d'urgence à l'infirmerie, faire des tournées dans les douars.

La clientèle que votre correspondant éventuel estime à mille francs, est nulle et ne rapporte que cinquante francs par mois dans les meilleurs postes. La police judiciaire peut produire le même chiffre. Le médecin le mieux partagé aura donc pour tout potage 4.100 + 1.200 = 5.300.

Il devra avoir cheval, voiture et domestique. Vivre toute sa vie dans des pays où la température varie de 0° pendant l'hiver, à 35° ou 40° à l'ombre pendant l'été. Les relations seront forcément nulles et sa déchéance physique et morale sera d'autant plus rapide qu'au bout de cinq ou six ans la médecine apprise à la Faculté n'existera pour lui qu'à l'état de souvenir.

Si à ce moment une injustice trop grande l'oblige à quitter la médecine de colonisation, il pourra encore se créer une clientèle en France, mais s'il attend trop longtemps, c'est un homme perdu qui roulera de poste en poste les trois départements de l'Algérie et devra attendre une retraite dont le maximum sera de 2.500 ! ! ! Ceux qui arrivent aux 25 ans de service sont peu nombreux. Dans le courant du mois de juin, messieurs Laherre, Perlet et Nouveau sont morts à la peine. Le plus âgé avait 47 ans.

Dr Z.

Pour la généralisation du repos hebdomadaire

Mitry-Mory, le 4 juillet 1907,

Mon cher Confrère,

Je viens de lire, avec grand intérêt, dans le *Concours médical*, à propos de l'assemblée syndicale des médecins de Seine-et-Oise, le compte-rendu de son secrétaire, notre excellent confrère le Dr Camescasse, et en particulier ce qui a rapport au » Repos hebdomadaire ».

Mais, bien que j'approuve pleinement les idées du confrère au sujet de l'ouverture permanente des lignes téléphoniques le dimanche, permettez-moi de lui faire observer ici qu'il est dangereux de compliquer ainsi la question. Qui trop embrasse......

Je crois donc nécessaire de revenir sur ce qui s'est passé le 13 avril dernier au » Congrès des Praticiens ». J'avais proposé ce jour-là, et j'ai eu l'honneur de voir adopter par nos confrères, ainsi que le lendemain à l'assemblée annuelle des délégués de l'Association générale des Médecins de France, tout simplement ceci :

Le dimanche, les visites seront doubles du prix de la visite ordinaire, sauf celles faites à un malade en cours de traitement, c'est-à-dire sauf celles prévues d'avance et que nous ferons à notre heure, à notre guise. Et c'est tout !

Nous ne changeons rien à ce qui existe : nous nous attendons bien à ce qu'il y ait encore des malades le dimanche et nous sommes prêts à courir à leur appel, nous ne « fermons pas boutique », nous ne faisons aucune révolution, aucune grève, même municipale, aucun « sabotage ».

Mais... (Eh, oui ! il y a un « mais », et un « mais » qui a son importance pour le médecin de quartier ou le médecin de campagne obligés, jour et nuit, par tous les temps, de répondre à l'appel impérieux de chacun, que le cas soit pressé ou non).... Mais avais-je dit dans mon projet de motion :

« Considérant que, comme tous les Travailleurs, le médecin praticien a le droit de se reposer le Dimanche et que, seul, un cas urgent de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime... ».

Dorénavant, nous assimilerons les visites faites le Dimanche à des visites d'urgence.

Et alors, sans rien changer, sans rien saboter, *par le jeu naturel de ce doublement des prix*, nous sommes assurés que *d'eux-mêmes*, nos clients ne nous appelleront que pour les cas urgents et que nous ne serons plus dérangés pour un...... hoquet de travers.

C'est cela, uniquement cela que nous réclamons.

Est-ce exagéré, Confrères mes amis ?

....

Passons maintenant aux moyens propres à injecter antiseptiquement ce sérum réformateur dans l'organisme national.

Dans toutes les résolutions prises en nos syndicats, il est un facteur avec lequel il faut compter et que je définirai sous l'axiome suivant :

« La crainte du Confrère est le commencement de l'inertie ».

Mon cher Confrère,

Je vous envoie ci-joint la copie de la décision que, sur l'initiative du Dr Choquet, nous avons prise au nombre de 7 (car des dissidents il y en a toujours) au sujet du repos hebdomadaire.

Cela marche depuis 2 mois 1/2 et nous en sommes tous enchantés.

Votre dévoué, Dr Briquet.

Armentières, 3 juillet 1907.

Les médecins syndiqués d'Armentières, en vue de faciliter leur repos hebdomadaire prennent dans leur réunion syndicale du 13 mai 1907 les décisions suivantes :

1° Les dimanches et jours fériés, le service médical sera assuré pour les cas d'urgence par un seul confrère ;

2° Ce service commencera à 10 heures du matin et prendra fin à minuit. Le prix de la visite de nuit, seul, reviendra au médecin de garde.

3° Chaque syndiqué prendra la garde à tour de rôle d'après une liste dressée en réunion.

Cette liste sera tenue secrète et ne devra en aucune circonstance être communiquée au public ;

4° Tout confrère qui aura recours au médecin de garde l'avisera en lui faisant remettre directement sa carte portant au dos les nom et adresse du client qui réclamera sa visite. La visite sera faite rapidement, sans commentaire. Autant que possible aucun diagnostic ne sera posé. Si le confrère de service est dans la nécessité de donner un diagnostic, il aura soin de le signaler, en même temps que le traitement prescrit, sur la carte de visite qui sera retournée le soir même au confrère absent. Indication sera faite si le malade est à revoir ou non.

5° Le médecin de garde devra accepter les visites qui pourraient lui être confiées dès le matin par un confrère absent pour toute la journée, mais liberté lui est laissée de ne les faire qu'après 10 heures.

Le médecin de garde s'engage également à faire les accouchements non ouvriers.

Remplaçant et remplacé seront payés conformément aux décisions prises antérieurement à ce sujet.

6° En dehors de la ville le médecin de garde n'est tenu à aller que dans les limites suivantes.........

7° Enfin il est à souhaiter que les médecins d'Armentières s'abstiennent, en dehors du médecin de garde, de faire des visites, les dimanches et jours fériés après-midi, à d'autres qu'à leurs clients.

C'est en songeant à ce ferment destructif que dans

le bas du projet de motion que j'avais fait distribuer aux membres du Congrès, j'avais ajouté :

« Je tiens tout d'abord à faire remarquer à mes confrères que si une motion analogue était votée par l'assemblée, un périodique médical pourrait la faire imprimer à des millions d'exemplaires pouvant être envoyés, par paquets, à un prix modique, à tout médecin en faisant la demande.

« Cette feuille impersonnelle et d'ordre général pourrait être glissée par chacun de nous, dans nos notes de fin d'année et distribuée ainsi dans la clientèle, sans qu'aucun praticien n'ait besoin d'en prendre la responsabilité propre et ne puisse encourir le moindre dommage personnel. »

Maintenant que la motion a été votée,doublement votée, permettez-moi d'ajouter : Quel périodique médical est plus qualifié que le *Concours* pour établir cette feuille impersonnelle. Le sous-titre du *Concours* n'est-il pas » Organe hebdomadaire des 6000 praticiens groupés dans la société d'Etude et les Œuvres de Défense et de Prévoyance » ?

Comme le chevalier d'Assas, je viens m'écrier aujourd'hui : « A nous ! *Concours médical,* voici l'ennemi, c'est-à-dire le surmenage. Dr Jeanne, à la rescousse ! ». Et si vous venez à notre aide contre cet esclavage de jour et de nuit, sans un instant de répit pour souffler un peu, soyez assuré que vous aurez encore une fois (c'est votre habitude) fait œuvre utile et que vous aurez bien mérité du pauvre praticien en lui assurant un repos hebdomadaire relatif, rien que relatif, mais dont il saura se contenter.

Persuadé que l'appel que je vous adresse ne sera pas vain, je vous envoie, mon cher confrère, mes meilleures salutations,

Votre tout dévoué,

Dr DECOURT.

REPONSE. — Mon cher Confrère, nous allons faire le tirage que vous demandez ; à partir du 1er août on pourra se procurer ce petit stock d'imprimés dans nos bureaux au prix de 4 fr. le cent.

La Rédaction.

REPORTAGE MÉDICAL

IIe Congrès international de physiothérapie. Facilités de voyage exceptionnelles. — A l'occasion de ce congrès qui sera tenu à Rome du 13 au 16 octobre 1907, le Ministre italien des Travaux publics a bien voulu accorder aux Membres du Congrès des facilités exceptionnelles de voyage sur tous les réseaux des chemins de fer de l'État, aussi bien dans la Péninsule que dans les Iles.

Le Comité organisateur du Congrès est autorisé à délivrer à chaque membre titulaire ou associé, régulièrement inscrit au Congrès, un *Carnet de voyage à coupons.* Chaque coupon donne droit à effectuer un voyage à tarif réduit de 40 % à 60 %. Le *Carnet* se compose de 20 coupons ; ce seront donc 20 voyages à tarif réduit que les Membres du Congrès pourront effectuer d'un bout à l'autre de l'Italie et dans les Iles.

Ces facilités exceptionnelles de voyage ont été accordées en vue de l'importance de ce Congrès, qui réunira à Rome des savants tels que MM. von Leyden, Curschmann, Evald, Hoffa, Kraussi, Penzoldt, Senator, Strümpel, Immelmann, etc. pour l'Allemagne ; MM. Bishop, Morton, Snow, pour l'Amérique ; MM. von Noorden, Jacksh, Bum, Lorenz, Holzknecht, Kienböck, Rokitansky, etc. pour l'Autriche ; MM. Lewis-Jones, Turner, Lauder-Brunton, Butcher, etc. pour l'Angleterre ; MM. Winiwarter, Jacques, Gunzburg, Ioteyko pour la Belgique ; MM Rosenthal, Slomann, Jacobaeus, Reyn. etc. pour le Danemark ; MM. Sanudo, Taboada, Decret, Perez, etc. pour l'Espagne ; MM. Bouchard, Béclère, Bergonié, D'Arsonval, Lagrange, Landouzy, Kirmisson, Robin, Raymond, Faure, Albert Weil, Gilbert, etc. pour la France ; MM. Savas, Vassilidés etc. pour la Grèce ; M. Kitasato, pour le Japon ; MM. Wenckebach, Wertheim, Salomonson, Breemen, pour la Hollande ; MM. Ketly, Dollinger, Koranyi, Herczel, Donath, etc, pour la Hongrie ; MM. Bombarda, Machado, Neves, etc. pour le Portugal ; MM. Holst, Mellbye, etc. pour la Norvège ; MM. Marinesco, Gerota, Sarafidi, etc. pour la Roumanie ; MM. Bechterew, Turner, Korolko, Schmiguelsky, etc. pour la Russie ; MM. Curmann, Wide Zander, etc. pour la Suède ; MM. Berdez, Eichorst, Roux, Schulthess, Scholder, etc. pour la Suisse ; MM. Altamirano, Cicero, etc, pour le Mexique ; MM. Saccelli, Bianchi, Bozzolo, De Giovanni, De Renvi, Durante, Grocco, Maragliano, Murri, Morselli, Tamburini, etc, pour l'Italie.

Mais ce qui a déterminé le Gouvernement italien à délivrer le *Carnet de voyage à coupons,* a été l'intention d'offrir aux membres du Congrès, surtout aux étrangers, le moyen de visiter avec peu de frais, les villes et autres lieux de l'Italie qui présentent un intérêt spécial, au point de vue de leurs richesses naturelles, c'est-à-dire les endroits climatériques, au bord de la mer et sur la montagne, les principales villes d'eaux et stations thermales.

La durée de validité de ce carnet de voyage est fixée à 45 jours, à partir du 1er octobre jusqu'au 15 novembre 1907. Les dames régulièrement inscrites au Congrès comme Membres associés, et les exposants seront admis à voyager avec le carnet susdit.

Les marchandises destinées à l'Exposition auront droit au transport à demi tarif, aussi bien à l'aller qu'au retour.

Des démarches ont été faites auprès des différents Gouvernements de l'Europe et de l'Amérique, à fin d'obtenir des facilités de voyage sur les parcours de leur territoire aussi bien par chemin de fer que sur les lignes de navigation.

Adresser les adhésions, avec un mandat de 20 francs pour les Membres titulaires et de 15 francs pour les Membres associés, à M. Albert Weil, Secrétaire du Comité français, 21, rue d'Edimbourg, Paris, ou bien à M. Ch. Colombo, Secrétaire général du Comité organisateur, Via Plinio, 1, Rome.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs LIGIER, de Brou (Rhône) ; CIVET, de Langeac (Haute-Loire) ; DUCROS, de Lasalle (Gard) ; PERETTI, d'Aïn Témouchent (Oran) ; BROSSIER, de Coron (Maine-et-Loire) ; LABBÉ, d'Antrain (Ille-et-Vilaine), membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année — N° 33 — Dimanche 18 AOUT 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LETTRE DE VACANCES

La grande presse s'occupe de la révision des études médicales ; malheureusement ses rédacteurs traitent la question en philistins, ils ne la connaissent que par ouï dire, ils comprennent mal ce qu'ils entendent et, à côté de quelques petites tranches de vérité, servent au public des assertions erronées que nous ne saurions laisser passer sans protestations.

C'est ainsi que, dans le *Matin*, M. Octave Mirbeau, parlant du Congrès des praticiens, écrit :

« Le récent congrès des praticiens, qui fut un événement émouvant et considérable, a lumineusement démontré la nécessité et même l'urgence de beaucoup de réformes. Il nous a fait voir qu'il y avait dans la médecine française les plus belles consciences et les meilleures bonnes volontés ; qu'individuellement, les médecins étaient admirables, et que, collectivement, ils ne valaient rien du tout : phénomène, hélas ! commun à presque toutes les collectivités. Il a aussi exposé, discuté magistralement toute une série de programmes nouveaux qui sont excellents et qui ne réclament rien moins que la refonte complète de notre enseignement médical. »

Que signifie ce « collectivement, ils ne valent rien du tout » ?

Est-ce du Congrès qu'il veut parler ? — On s'expliquerait mal qu'il le qualifiât d'événement émouvant et considérable, qu'il lui reconnaissait d'avoir discuté magistralement toute une série de programmes nouveaux qui sont excellents.

Est-ce de la Faculté ? — Le reproche n'est pas plus fondé.

Je ne crois pas pouvoir être taxé d'exagération en disant que la Faculté n'était pas précisément en odeur de sainteté au Congrès, et que le premier accueil fait à ceux de ses représentants qui sont venus discuter avec nous fut plutôt froid ; mais nous dûmes reconnaître que le vieil esprit de conservatisme rétrograde n'était pas partagé par tous ses membres.

Nous qui, comme M. Mirbeau :

« Avions en horreur ces institutions si étroitement aristocratiques, si fâcheusement anachroniques, qui dorment dans la graisse rancie de leurs privilèges et ne veulent jamais ouvrir leurs fenêtres à l'air du dehors, dans la crainte qu'il ne disperse la poussière accumulée de leurs préjugés, »

nous vîmes que nos idées de réformes avaient à la Faculté des représentants autorisés ; nous apprîmes même que la Faculté avait officiellement présenté un programme, moins radical sans doute que celui qui sortit des délibérations du Congrès, mais qui pourtant était acceptable, ayant sensiblement remédié au mal dont nous nous plaignions.

Le malheur est que ces choses soient ignorées, même du public médical, que rien de ce qui se dit à la Faculté ne transpire dans nos organes professionnels ; le malheur plus grand encore est que ces délibérations de la Faculté soient

étouffées dans un Conseil, que je n'ai pas hésité de qualifier d'incompétent.

Incompétent le Conseil supérieur de l'instruction publique ! Cela n'a pas été sans effarer quelques esprits. « Vous n'y allez pas de main morte », me disait à l'issue de la séance mon excellent ami, Lande, de Bordeaux. Le fait est qu'il faut avoir trois fois raison pour faire applaudir une motion demandant que ce Conseil tout puissant, soit dessaisi des questions médicales parce qu'incompétent.

Qu'on en juge.

A côté de quelques médecins, noyés dans la masse, figurent des professeurs des Facultés des Lettres, des Sciences, de Droit, des représentants des agrégés des Lycées (Philosophie, Histoire, Sciences, Lettres, Grammaire) des représentants des Instituteurs, sans parler des délégués du Gouvernement. Quelle compétence peut avoir une telle majorité sur des questions d'enseignement médical ?

On m'a objecté la compétence de la section permanente qui tranche le plus souvent, et dans laquelle siègent trois représentants, et non des moindres, du corps médical enseignant — une anecdote absolument authentique permettra encore de juger.

C'était au moment de la création du fameux certificat d'études médicales supérieures, un agrégé de Paris causait avec le Doyen qui déclarait pour sa part trouver ce certificat absurde et ridicule. — « Alors, mon cher maître, vous avez voté contre ?— Oh, vous n'y pensez pas, comment vouliez-vous que je pusse voter contre Bouchard » !

Donc l'Inspecteur Général, qui ne met pas les pieds à la Faculté une fois par an, fait une proposition que tous reconnaissent comme funeste, et les deux autres membres, qui partagent le sentiment général, disent *amen*, ne pouvant voter contre Bouchard ! Devant cette touchante unanimité, la section permanente ne peut que s'incliner.

Et voilà comment sont tranchées des questions vitales pour l'enseignement médical !

Avions-nous donc tellement tort, Pédebidou et moi de proposer, et le Congrès de demander *qu'il soit créé un Conseil supérieur des Facultés de médecine, le Conseil supérieur de l'Instruction Publique étant incompétent au point de vue de l'art médical.*

Tous nous avons pensé que, dans un Conseil purement médical, il se trouverait des membres qui oseraient « voter contre Bouchard ».

Et le vœu du Congrès a été pris en considération par la sous-commission chargée de présenter un avant-projet à la Commission des réformes de l'enseignement médical nommée par le Ministre de l'Instruction Publique.

M. Mirbeau raille quelque peu le Ministre au sujet de la composition de cette Commission :

« Devant cette poussée générale, devant cet étalage des plus durs des plus légitimes griefs contre la Faculté, M. Briand comprit qu'il ne pouvait pas se désintéresser de la question. Et puis une réforme, diable ? Voilà qui était son affaire, ne fût-ce que pour l'enterrer, comme les autres. M. Briand a le sens révolutionnaire. J'entends que, mieux que personne, il sait tourner une résolution, la combattre tout en ayant l'air de la défendre ou la défendre tout en ayant l'air de la combattre. Avec M. Briand, on ne sait pas. Il nomma, pardieu ! une commission qui devait étudier, proposer, appliquer la réforme unanimement désirée des études médicales. Comme c'était contre la Faculté, contre son particularisme, ses abus de pouvoir, son exclusivisme dogmatique, ses pratiques routinières, qu'était dirigé le mouvement, M. Briand ne trouva rien de mieux, par des choix et des exclusions soigneusement calculés, de confisquer au profit de la Faculté ce mouvement contre la Faculté. Il lui attribua une énorme majorité, tout en ayant soin de lui composer une minorité très effacée et qui ne comptât pour rien. De la sorte, les réformes pourraient attendre, comme toujours. Car, se dit M. Briand, en se frottant les mains, dans « réformes » il y a « ormes » !...

N'étant pas dans le secret des Dieux, j'ignore si réellement M. le Ministre Briand a eu le machiavélisme que lui prête M. Mirbeau auquel je concède volontiers que la part de la Faculté eût pu être avantageusement moindre et la part des praticiens plus grande, mais auquel je ne saurais concéder que la minorité très effacée ne comptera pour rien.

Cette minorité est décidée à faire son devoir, et on l'a bien vu dès la première séance de la Commission. Si M. Mirbeau avait assisté à cette séance, je doute qu'il eût écrit :

« En attendant, la commission des réformes médicales fonctionne. Elle fonctionne dans le silence et dans le mystère. Nul bruit n'en vient jusqu'à nous, ou si petit... si petit ?... Ce que l'on sait, par de rares indiscrétions, c'est qu'on y joue la comédie bien mieux qu'au théâtre. »

Je puis lui affirmer que la Comédie, si comédie il doit y avoir, n'a pas encore passé au Comité de lecture et que, si elle lui est soumise, elle a quelques chances d'être renvoyée à corrections.

A. GASSOT.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier :
M. le Prof. agrégé LEPAGE.

La Basiotripsie.

L'occasion ne s'est pas présentée jusqu'à présent de faire devant vous une basiotripsie. Cependant, je ne voudrais pas que vous quittiez la Clinique sans vous avoir parlé de cette importante question : vous savez qu'elle a fait de grands progrès depuis quelques années, depuis 24 ans surtout.

Jusqu'à Tarnier, on réduisait le volume de la tête fœtale en le serrant dans un céphalotribe. Le céphalotribe, qui fut imaginé par Baudelocque neveu, est une sorte de forceps, muni d'une vis de

pression servant au broiement, à l'écrasement de la partie fœtale. Avant de broyer la tête, il fallait la perforer ; on avait recours, pour cela, à des instruments variés, ciseaux de Smellie, perforateur de Blot, ce dernier composé de deux tiges parallèles terminées par une lame élargie, à pointe effilée.

Voici comment se pratiquait la céphalotripsie. Les parties maternelles étant protégées avec la main, on allait mettre l'extrémité du perforateur au contact de la voûte crânienne. On pénétrait dans le crâne ; puis, on écartait les branches pour élargir l'orifice et permettre à la substance cérébrale de s'évacuer.

Je n'insiste pas autrement sur le perforateur de Blot. Il n'est pas utile que vous l'ayez dans votre trousse et il me paraît tout à fait superflu de vous faire étudier des instruments anciens qui ne s'emploient plus.

La céphalotripsie fut pratiquée jusqu'en 1884. Elle avait de gros inconvénients. Dans les rétrécissements du bassin, avec une tête arrêtée au détroit supérieur, lorsqu'on introduisait le céphalotribe, la tête fuyait latéralement ou en haut. Il était difficile de la maintenir, ce qui rendait l'opération extrêmement laborieuse. Des opérateurs habiles faisaient souvent trois, quatre, cinq essais avant de parvenir au résultat recherché. C'était une intervention redoutée des accoucheurs, qui ne savaient jamais quand elle se terminerait, à tel point que Pajot avait imaginé de broyer la tête en plusieurs fois et de laisser l'utérus expulser les débris par ses contractions, manœuvre qu'il avait nommée : « céphalotripsie répétée sans tractions ». Mais Pajot, merveilleux professeur, était beaucoup moins exercé à la pratique qu'à la parole et sa méthode méconnaissait les conditions rencontrées en pareil cas; l'utérus se rétracte alors et la tête broyée ne descend pas facilement.

En réalité, le broiement était un véritable cauchemar pour l'accoucheur ; cela tenait à ce que l'instrument, le céphalotribe, n'était pas à la hauteur de sa mission. Aussi, je me souviendrai toujours de la date (janvier 1884) où je vis arriver à Lariboisière tout un groupe d'accoucheurs. On allait faire pour la première fois sur la femme vivante l'application du basiotribe de Tarnier. A cette époque, on ne parlait pas encore de l'opération césarienne, ni — en France, du moins — de la symphyséotomie. Ce fut Pinard qui pratiqua cette première basiotripsie. Depuis ce jour, le basiotribe a rendu les plus grands services.

C'est un instrument que vous devez avoir dans votre trousse. Je pourrai même dire qu'il est plus utile au médecin exerçant à la campagne qu'au praticien de la ville, car c'est à la campagne surtout où vous rencontrerez des femmes n'ayant pas été surveillées, où vous trouverez des enfants morts dans un bassin normal, des têtes retenues avec des enfants morts, etc.

Je vais vous présenter l'instrument. Il se compose de 3 parties : une branche médiane, le perforateur, une autre branche, plus longue, et une troisième, plus longue encore, qui est la branche droite.

Le perforateur dérive des ciseaux de Dubois et de Blot. Il offre une encoche sur un bord et un pivot. Il a, à sa partie inférieure, une sorte de trédent où se fixe la vis de pression.

La deuxième branche, la cuiller gauche, vient s'articuler dans l'encoche du perforateur. Elle présente un crochet qui sert à maintenir la tête saisie entre la face interne de la cuiller gauche et le perforateur.

La troisième branche est la cuiller droite.

Tel est le basiotribe initial.

J'arrive au manuel opératoire. Soit une tête retenue au détroit supérieur ou dans l'excavation On procède en plusieurs temps.

1[er] *Temps*. Introduction de la main (droite ou gauche) dans l'excavation. Il faut, avant tout, que la main dépasse le bord de l'orifice utérin. Il faut être sûr d'opérer dans la cavité utérine, d'être dans l'utérus.

Puis, repérage, avec la main — je dis la main et non pas deux doigts —, du milieu de la ligne qui sépare l'angle sacro-vertébral du promontoire. Il suffit d'un repérage approximatif ; il n'est pas nécessaire de l'établir au millimètre près.

2[e] *Temps*. Perforation. Elle se pratique sur la ligne médiane, sans plus se préoccuper de la position du fœtus.

Pour ce 2[e] temps, il est capital, indispensable, que l'aide monte sur le lit ou la table d'opération et maintienne la tête à travers la paroi abdominale pour l'empêcher de s'échapper en haut. Je vous parlais de la première basiotripsie à laquelle j'ai assisté. Il est arrivé ceci. A cette époque, on ne faisait pas bouillir, mais flamber les instruments et on les plongeait ensuite dans une solution phéniquée forte. Quand M. Pinard voulut pratiquer la perforation, l'extrémité du perforateur s'était détrempée et ne piquait plus.

Vous aurez grand soin, comme dans toutes ces opérations obstétricales, de vous mettre à genoux pour agir suivant l'axe de la filière pelvi-génitale. Si la table est basse, il est même préférable de s'asseoir par terre, si l'on n'a pas une grande habitude de ces interventions.

On va donc effectuer la perforation, en protégeant, il va sans dire, les parties maternelles avec les doigts. On pique dans l'os, on fait exécuter des mouvements de vrille. A un moment donné, on a la sensation que l'instrument joue librement. Il a passé la voûte du crâne.

A ce moment, on aura la précaution importante de mettre l'extrémité du perforateur en contact avec la base du crâne. Rappelez-vous la différence de longueur des trois branches du basiotribe. Si le perforateur est en contact avec la base du crâne, les deux autres branches qui sont plus longues, iront agripper cette base et, quand vous serrerez, elles ne pourront pas échapper. Avec le céphalotribe, vous retiriez le perforateur et, lorsque vous serriez, vous ne preniez que la voûte cranienne ; vous n'arriviez pas à diminuer la base, obstacle le plus important.

Cela fait, vous confiez le perforateur, en place, à un aide, en lui recommandant de remuer le moins possible.

Le reste est un jeu. Le basiotribe est plus simple et plus facile à manier que le forceps. Il ne faut pas que le praticien le redoute. Vous n'avez pas à vous préoccuper, ici, d'avoir un enfant vivant. Vous n'avez pas à réduire le traumatisme fœtal, au contraire. Cet instrument est si bien combiné et agit si bien que souvent la première prise suffit.

3[e] *Temps*. Vous introduisez la main droite, en ayant soin, toujours, de dépasser le col. Vous glissez la cuiller gauche et vous articulez. Il y a,

entre la face interne de la cuiller gauche et le perforateur, une certaine portion de la tête. Vous en ferez le broiement (petit broiement). Dans la majorité des cas, en serrant ces deux branches, vous aplatirez la tête assez pour pouvoir mettre le crochet. Il pourra vous arriver, dans ce petit broiement, de saisir une grosse portion de la tête. Chose excellente. Vous opérerez alors le petit broiement avec plus de force, au moyen de la vis de pression. Une fois achevé, vous fixez le crochet, qui rapproche la cuiller gauche du perforateur.

A partir de ce moment, on peut considérer l'opération comme presque terminée. Vous avez un bloc formé par la tête et l'instrument. Vous pouvez l'orienter comme vous voulez, changer sa position si vous éprouvez des difficultés à passer l'autre cuiller.

4e *Temps.* Introduction et placement de la cuiller droite. Même manuel opératoire. Introduction de la main gauche, glissement de la cuiller sur la main, articulation. Avant de serrer, réintroduisez la main et recherchez s'il n'y a pas une portion vaginale prise. Alors, tranquillement, donnez des petits tours de la vis de pression. C'est une opération, permettez-moi le mot, dégoûtante : du sang veineux maternel, de la substance cérébrale fœtale s'échappent...

La tête est broyée. Il s'agit de l'extraire.

Lorsque vous avez pratiqué le broiement, vous avez mis vos deux cuillers aux extrémités du diamètre transversal du bassin. Si vous tirez, les grands diamètres de la tête se trouvant suivant le diamètre rétréci, vous n'arriverez pas à passer. Il faut, de toute nécessité, que vous fassiez tourner la tête de façon à mettre le grand diamètre de la tête aplatie suivant le grand diamètre du bassin. Vous avez placé vos deux cuillers aux extrémités du diamètre transverse, vous avez serré la tête suivant le diamètre antéro-postérieur : vous tournerez donc de façon à ramener la tête suivant le diamètre transverse.

La tête ainsi engagée, qu'avez-vous à faire ? Prenons le cas du rétrécissement du bassin. Vous tirez en bas en vous mettant à genoux, avec une certaine force, sans brutalité cependant. Il arrive que la tête descend et se trouve arrêtée à l'orifice vulvaire ; ne vous impatientez pas, il est probable que les épaules calent au détroit supérieur. Ne cherchez pas à faire des tractions trop violentes : vous risqueriez de voir l'instrument déraper ou la partie fœtale vous rester dans la main. Introduisez la main dans les organes génitaux, cherchez une épaule, fracturez le bras et ramenez.

Il arrive aussi à tous les opérateurs de voir l'instrument descendre seul, ou la tête ne pas descendre. C'est que vous avez fait une mauvaise prise : vous avez introduit le perforateur trop en arrière, ce qui n'est pas votre faute d'ailleurs, et vous avez simplement broyé le massif postérieur, laissant intact le massif antérieur, le plus dur. La tête ne descend pas, que faire ? Ne pas vous énerver ; vous souvenir que la basiotripsie est une opération facile. Vraisemblablement la tête n'est pas assez broyée. Vous pouvez déjà le savoir à la façon dont les branches sont écartées. Si l'écart est peu considérable, c'est que vous avez saisi une petite partie. Ne vous inquiétez pas. Enlevez les différentes branches de l'instrument dans l'ordre inverse de leur introduction, la vis de pression et les cuillers ; mais ayez soin de laisser le perforateur en place. Il va suffire de le tourner dans un sens ou dans un autre. Forcément, quand vous allez réintroduire la cuiller gauche, vous saisirez la tête suivant un autre diamètre. Vous allez recommencer le petit broiement, le grand broiement.. Vous tirerez, la tête descendra.

Il pourra arriver que, malgré ce second broiement, la tête ne descende pas. Vous ferez ce que j'ai fait un jour à Baudelocque, où j'ai dû pratiquer 7 applications successives. Il s'agissait d'un bassin extrêmement vicié, d'un cas où l'on était sur la limite de possibilité de la basiotripsie.

Voilà le manuel opératoire. Encore une fois, il est extrêmement simple. Si le bassin est normal, c'est un jeu d'enfant. Avec un fœtus mort, vous devez vous servir du basiotribe et non du forceps qui provoque plus de lésions maternelles.

Je dois aborder maintenant un sujet un peu critique. Je vous ai parlé jusqu'à présent de l'instrument initial de M. Tarnier. Vers 1889, M. Bar, s'étant occupé de la question, l'a examinée de plus près et a fait au basiotribe Tarnier certaines objections. Pour M. Bar, c'est un instrument un peu court ; effectivement, dans quelques cas, on a de la difficulté à opérer en raison d'une insuffisance de longueur du basiotribe. Voici une seconde objection du même auteur : le basiotribe Tarnier est un instrument immuable, destiné à faire des applications en position gauche ; dans la position droite, il ne va plus bien. Conséquemment, M. Bar a modifié l'instrument en pratiquant sur le bord du perforateur deux encoches qui permettent de faire de la cuiller gauche une cuiller longue ou une cuiller courte.

Je ne veux point critiquer les modifications apportées à l'instrument primitif. Je me permettrai simplement de constater que la supériorité de ces modifications ne doit pas être bien appréciable, puisque l'instrument de M. Bar n'est pas entré dans les trousses des accoucheurs. Si je fais cette remarque, c'est qu'elle a son importance au point de vue pratique. Quand vous choisirez, pour votre usage, un basiotribe, prenez le basiotribe initial : c'est un instrument pour ceux qui n'ont pas l'habitude de la basiotripsie. Les améliorations dont il a été l'objet compliquent le manuel opératoire.

Ce n'est pas tout. M. Bar, dans son étude très complète de la question, a fait ressortir une chose. C'est que, le basiotribe, merveilleux lorsqu'il s'agit d'une tête première, d'une extrémité céphalique fléchie, est un instrument beaucoup moins actif sur la face ou le front. Il a fait remarquer qu'on employait, à l'étranger, un autre instrument, le cranioclaste, qui lui était supérieur en pareil cas. Et, en conséquence, il a muni le perforateur d'un capuchon avec lequel on peut transformer le basiotribe en cranioclaste. Je suis d'accord avec M. Bar. Cependant on arrive à broyer suffisamment la tête, en présentation de la face ou du front, avec le basiotribe : pour ma part, je ne me suis jamais servi du cranioclaste.

Il pourra vous arriver d'avoir à broyer une tête dernière. Vous avez fait l'extraction du siège et la tête se trouve accrochée au détroit supérieur rétréci. Toutes les voies ont été conseillées. On a proposé de perforer la base, l'occipital, en avant de la mastoïde, la région sous-hyoïdienne, la partie latérale du cou. Le manuel opératoire présente quelque différence. Quand vous

aurez pénétré, assez difficilement, jusqu'au massif osseux de la base, vous n'irez pas chercher le contact osseux de la voûte, celle-ci étant trop voisine de la paroi utérine. Vous pénétrerez un peu à vue d'œil et vous pratiquerez votre broiement, avec plus ou moins de difficulté.

Résumons-nous. Je me suis abstenu, à dessein, de compliquer cette description. Je n'ai pas insisté sur la face, le front, la tête dernière, sur les meilleures prises, parce que j'estime qu'il ne faut pas trop multiplier les détails. Vous aurez suffisamment à vous occuper des grosses choses. On ne fait pas toujours une prise parfaite. J'ai vu faire par des bons accoucheurs des prises pas fameuses. Je veux que vous partiez d'ici avec la conviction que la basiotripsie est une opération simple que vous pourrez toujours exécuter facilement. Elle est plus facile et demande moins d'habileté, moins de sang-froid que le forceps. Dans votre trousse, ayez toujours un basiotribe : il vous rendra les plus grands services.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde

Au mois de mai dernier, le Dr Pircket (de Vienne) fit connaître à la Société de médecine de Berlin qu'en inoculant sur un point scarifié de la peau un peu de tuberculine, on provoquait chez les sujets tuberculeux une réaction cutanée caractéristique. Cette réaction faisait défaut chez les sujets sains.

Quelques jours plus tard, le Dr Wolf-Eisner annonça à la même société qu'une réaction ophtalmique analogue se manifestait lorsqu'on instillait de la tuberculine dans l'œil des individus atteints de tuberculose.

Les constatations de von Pircket et Wolf-Eisner ont été contrôlées et confirmées, en France, par MM. Vallée et Calmette.

S'inspirant de ces travaux, M. Chantemesse a tenté de savoir si les malades atteints de fièvre typhoïde avaient, vis-à-vis du poison typhique, une sensibilité particulière de la conjonctive, sensibilité qui manquerait chez les gens indemnes de cette fièvre et qui pourrait être utilisée pour un diagnostic précoce et simple de la dothiénentérie. A cet effet, M. Chantemesse a instillé, chez des personnes saines et chez des malades atteints de fièvre typhoïde, sur la paupière inférieure, une goutte d'eau tenant en solution un cinquantième de milligramme de toxine sèche. Chez les personnes saines, l'instillation provoque au bout de deux à trois heures une légère rougeur. Chez les typhiques, la réaction est beaucoup plus forte et elle se prolonge beaucoup plus longtemps.

Traitement des cancers par les courants de haute fréquence et de haute tension.

M Pozzi présente un rapport sur un mémoire de M. le Dr de Keating-Hart concernant l'action des courants de haute fréquence et de haute tension dans le traitement des cancers.

L'étincelle de haute tension et de haute fréquence est hémostatique et analgésique, et paraît avoir une action modificatrice spéciale et immédiate sur le tissu cancéreux ; elle serait, en outre, éliminatrice et rapidement cicatrisante.

Ces heureuses propriétés justifient l'emploi de cet agent électrique dans la thérapeutique des cancers, un peu au même titre que la radiothérapie. Toutefois, l'étincelle de haute fréquence ne se propageant pas au loin ou exigeant un temps fort long pour y parvenir, son usage doit être combiné à l'intervention opératoire, à l'exérèse chirurgicale, qu'elle pourra venir compléter et rendre plus efficace.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sur la toux nasale.

Aux troubles connus, déjà nombreux, dont les fosses nasales sont parfois le point de départ, M. Lermoyez en ajoute un autre, la *toux nasale*, dont voici, d'après cet auteur, les caractères : cette toux est sèche, convulsive, cyanosant la face comme la quinte de coqueluche, progressive, c'est-à-dire allant en croissant au lieu de se calmer, irrésistible, impossible à retenir.

L'examen des fosses nasales n'est pas toujours concluant. Tantôt on observe une grosse lésion ; tantôt la muqueuse semble normale.

Dans ces nez tousseurs, l'existence des zones tussigènes se révèle par deux épreuves, l'une positive, l'autre négative. L'*épreuve positive* consiste à chatouiller la zone suspecte avec un stylet boutonné, pour éveiller la quinte de toux convulsive ou un réflexe pathologique équivalent, une série d'éternuements paroxystiques par exemple. L'épreuve négative consiste à anesthésier les zones tussigènes avec une solution de cocaïne à 1/10, puis à y renouveler les excitations précédentes ; celles-ci restent alors sans effet.

Sciatique radiculaire blennorrhagique.

En 1904 et 1905, MM. Lortat Jacob et Sabaréanu ont attiré l'attention sur un type clinique, masqué habituellement sous les traits d'une sciatique grave, qu'ils ont nommé *sciatique radiculaire*, la lésion intéressant plutôt les *racines* du nerf.

En collaboration avec M. Salomon, M. Lortat-Jacob apporte aujourd'hui une nouvelle observation de sciatique radiculaire associée à une radiculite lombaire. Cliniquement, le malade en question offrait un syndrome lombo-sacré : des douleurs lombaires (lumbago), des douleurs sciatiques et des troubles de sensibilité. Si l'on ne recherche pas systématiquement les troubles de la sensibilité et leur topographie, on considère ces syndromes radiculaires comme des névralgies sciatiques simples ou des lumbagos vulgaires.

L'étiologie des syndromes radiculaires du membre inférieur n'est pas encore nettement précisée. La syphilis, la tuberculose, la blennorrhagie, se sont trouvées à l'origine des cas actuellement connus.

Le collargol en thérapeutique.

M. Triboulet s'étonne que, depuis la communication de M. Netter en 1902, on ait si peu reparlé du collargol. Il en a obtenu pour sa part d'excellents effets, dans un certain nombre de maladies aiguës graves : pneumonies et broncho-pneumonies, phlébite d'origine puerpérale, rhumatisme infecté à diplo strepto-entérocoque, fièvres typhoïdes prolongées et compliquées. « Dans toute fièvre ty-

phoïde, dit-il, si l'on voit apparaître, après la fin de la période de défervescence, des oscillations thermiques que rien n'explique, ou s'il survient quelque complication, abcès critique, furoncle, otite, etc., il est indiqué, en vue d'enrayer l'infection secondaire et de prendre les devants, de recourir à la médication par le collargol, soit en injection intra-veineuse, soit à défaut, en injection intra-musculaire ».

Valeur séméiologique de la ligne blanche dite « surrénale ».

Le phénomène de la ligne blanche, décrit par M. Sergent et considéré par lui comme un indice d'hypotension artérielle et un signe d'insuffisance des capsules surrénales, a-t-il véritablement cette signification ?

Tous les auteurs n'ont pas confirmé les vues de M. Sergent sur ce sujet. M. Léon Bernard vient d'apporter une intéressante contribution à l'étude de cette question encore controversée.

Le phénomène de *la ligne blanche* consiste en l'apparition d'une raie blanche sur la peau de l'abdomen, lorsqu'on excite mécaniquement le tégument à l'aide d'un corps mousse. M. Bernard a recherché ce phénomène chez 79 malades pris indistinctement, au hasard des entrées à l'hôpital. Il a rencontré presque autant de sujets malades, présentant la ligne blanche que de sujets ne la présentant pas.

Les 31 cas où la ligne blanche existait se départagent ainsi : 8 cas d'hypotension artérielle ; 7 cas de tension normale ; 11 cas d'hypertension et 5 cas de tension variable. D'autre part, deux sujets porteurs de lésions destructives certaines des surrénales ne présentaient pas la ligne blanche.

De cet exposé critique, M. Bernard conclut que la ligne blanche décrite par M. Sergent n'est pas fonction d'hypotension artérielle et qu'elle n'est pas davantage un signe d'insuffisance surrénale. L'explication de ce singulier phénomène serait encore à trouver.

P.L.

MÉDECINE PRATIQUE

Pourquoi et comment il faut corriger une mastication défectueuse ?

Qu'une mastication défectueuse des aliments soit une cause fréquente, sinon la plus fréquente, de la dyspepsie, c'est là une de ces vérités « lapalissiennes » qu'on a toujours quelque confusion à rappeler, et pourtant qui de nous n'a eu à traiter quelque dyspeptique invétéré, porteur de copieuses analyses gastriques, urinaires, voire stercorales, soumis parfois pendant des années à des régimes souvent fort stricts et chez lequel on n'avait omis qu'un point, celui d'examiner la mâchoire cause de tout le mal ?

L'examen des fonctions digestives doit commencer par celui des organes et de la fonction masticatoires et, s'il est quelquefois utile d'entrer dans des détails minutieux de régime, il est toujours indispensable d'insister sur la nécessité et sur le mode d'une mastication correcte, première et capitale condition d'une bonne digestion.

L'analyse clinique la plus élémentaire permet, en effet, d'établir les deux lois suivantes :

Un individu mastiquant correctement ses aliments n'est presque jamais un dyspeptique (exception faite des écarts trop manifestes de régime);

Un individu mastiquant insuffisamment ses aliments est toujours un dyspeptique.

***

La mastication a, en effet, dès le début du processus digestif, un double rôle et presque décisif qu'il suffit de rappeler : *mécanique*, elle divise les aliments, les réduit en une pulpe d'une attaque facile aux sucs digestifs ; *réflexe*, elle détermine la sécrétion d'une salive abondante dont le rôle, si longtemps considéré comme quasi négligeable, est cependant fort important ; elle contribue à diviser, à diluer le bol alimentaire, elle facilite considérablement la déglutition, elle possède un pouvoir saccharifiant fort appréciable pendant la première phase amylolytique de la digestion stomacale ; elle contribue, conformément à la loi d'enchaînement des processus digestifs, à déterminer la sécrétion régulière du suc gastrique ; enfin, et peut être surtout, alcaline, elle intervient à la fin de la digestion stomacale pour neutraliser le chyme acide et lui faciliter de ce fait la traversée pylorique.

Ce simple rappel de quelques notions physiologiques actuellement bien établies, suffit à expliquer le rapport de causalité évident entre une mastication défectueuse et la dyspepsie.

Conclusion pratique : chez tous les dyspeptiques, et quelle que soit la forme de leur dyspepsie, nous commencerons notre prescription par la formule quasi traditionnelle et souvent négligée parce que banale : *manger lentement, mastiquer longuement, insaliver avec soin les aliments.*

Mais, quand nous aurons écrit cela, nous n'aurons pratiquement rien fait, parce que la mastication défectueuse tient à des causes qu'un simple conseil est tout à fait impuissant à combattre et qu'il faut précisément attaquer.

***

Pour bien mastiquer, il faut, en effet :

1° Une bonne mâchoire ;
2° L'habitude de s'en servir ;
3° Une force suffisante ;
4° Une bonne respiration.

Sur le premier facteur, inutile d'insister ; la défectuosité de l'organe implique la défectuosité de la fonction.

La mastication insuffisante par mauvaise habitude contractée d'une déglutition hâtive et prématurée est de beaucoup la plus fréquente ; elle se contracte dès l'enfance, surtout à l'école, au lycée, où, service compris, un repas comprenant quatre plats dure rarement plus de quinze à vingt minutes, sur lesquelles la moitié au moins est consacrée à la conversation ; à ce point de vue, la pratique ancienne qui nous paraîtrait aujourd'hui si triste et si rébarbative du repas pris en silence assaisonné d'une lecture moralisatrice était vraisemblablement plus hygiénique au point de vue alimentaire ; on perd l'habitude de mâcher, de manger pour prendre celle d'avaler ; on garde cette habitude à l'âge adulte parce que rien n'est plus difficile que de se débarrasser d'une habitude, d'une manière d'être, parce que la vie fiévreuse, trépidante, des citadins, abrège chaque jour le temps consacré aux repas ; parce qu'enfin on continue à consacrer à la conversa-

tion la majeure partie du temps du repas, ce qui est sans inconvénient, au contraire, avec un repas de longue durée avec « entr'actes », ce qui est désastreux avec un repas déjà écourté.

La mastication mauvaise par faiblesse locale des masticateurs ou par faiblesse générale, s'observe surtout chez les jeunes enfants et les vieillards où l'absence des dents et la faiblesse relative des muscles masticateurs sont bien combinées pour créer un véritable état physiologique d'asthénie masticatoire ; chez les convalescents, les débilités, les cachectiques, pour lesquels une mastication prolongée est l'occasion d'une véritable fatigue.

Enfin, et au premier abord la proposition peut provoquer un peu de surprise : pour bien mastiquer, il faut pouvoir bien respirer. Que le nez soit obstrué par le coryza, des polypes ou des végétations, et une mastication prolongée, bouche fermée, lèvres closes, est à peu près impossibles ; la respiration se pratiquant alors et presque exclusivement par la bouche, la déglutition hâtive devient presque une nécessité inéluctable.

Pour des raisons similaires auxquelles s'ajoutent les causes sus-énoncées de fatigue facile, d'effort pénible, la mastication est mauvaise chez les dyspnéiques, cardiaques ou emphysémateux.

Le traitement ne sera efficace, le redressement de la mastication vicieuse ne sera effectif que si l'on attaque directement ces causes.

* * *

Une hygiène dentaire soignée, sur les détails de laquelle nous reviendrons quelque jour, préviendra sûrement les défectuosités dentaires ; si elles existent déjà, les soins d'un dentiste éclairé les corrigeront dans la mesure du possible.

Le traitement le plus délicat à la fois et le plus efficace est celui de la mastication insuffisante par mauvaise habitude. Il consiste en une véritable rééducation masticatoire :

1° Il faut convaincre le patient de l'importance de la mastication, en lui exposant succinctement et sous la forme qui convient à sa mentalité les considérations précédentes ; si nous parvenons à fixer suffisamment son attention sur l'acte masticatoire, s'il y pense seulement pendant son repas au moins pendant quelques jours, il recontractera facilement l'habitude perdue ;

2° Il faut aussi obtenir de lui une répartition de ses repas adéquate à ses occupations, qui lui permette, en d'autres termes, de consacrer à son repas et dans des conditions d'un calme au moins relatif, le temps minimum nécessaire à une ingestion correcte des aliments, savoir au moins vingt-cinq à trente minutes ;

3° Il faut enfin entrer dans quelques détails précis d'alimentation qui contribueront singulièrement à faciliter cette rééducation.

Le choix du pain est de première inportance. Un pain longuet, à croûte assez épaisse, à mie peu abondante et bien glutineuse, de consistance bien élastique, du type dit, en terme de boulangerie « baguette de gruau », constitue le meilleur masticatoire, outre qu'il provoque une abondante salivation. Le fait du choix même du pain, du changement d'habitude alimentaire imposé de ce fait, fixera l'attention du patient et contribuera à exercer la suggestion rééducatrice désirée.

On conseillera de se servir de fourchettes et de cuillers d'enfant, de façon à diminuer le volume des bouchées et à augmenter le nombre des périodes masticatoires.

Chaque bouchée devra être accompagnée d'un tout petit morceau de croûte de pain, gros comme une noisette, dont la consistance ferme et élastique si particulière sera pour le patient un critérium très précis ; la déglutition ne devra être opérée que quand ledit fragment aura été complètement transformé, et l'aliment qui l'accompagne avec lui, en une pulpe tout à fait molle. Ce fragment de pain constituera à la fois un repère physique et un rappel psychique.

Au choix des mets présideront les règles générales de l'alimentation des dyspeptiques.

Ces détails paraîtront puérils à beaucoup ; s'ils sont eux-mêmes de médiocres masticateurs, ils éprouveront la difficulté quasi insurmontable du redressement de leur mauvaise habitude et l'efficacité quasi radicale du précédent procédé.

S'il s'agit de mauvaise mastication par obstruction nasale, le traitement rééducateur susdécrit devra être bien entendu précédé du traitement causal : ablation des polypes, des végétations, etc.

S'il s'agit de débiles, de cardiaques, de vieillards édentés, de cachectiques, on ne peut guère espérer un rétablissement physiologique de la mastication : force est d'y suppléer par divers artifices qui se résument en dernière analyse en le choix d'aliments liquides ou semi-liquides ne nécessitant aucune mastication préalable ; l'emploi de broyeurs, de pulpeurs peut permettre dans une certaine mesure l'emploi d'aliments de consistance solide comme la viande.

Mais si ces procédés de suppléance peuvent être indispensables et leur emploi définitif chez les cachectiques, les cardiaques, les vieillards, ils ne peuvent et ne doivent jamais être que temporaires dans les autres cas ; ils ne constituent en effet qu'un pis-aller, ils ne suppléent aucunement à l'insuffisance de la salivation, qui est probablement l'élément perturbateur le plus important, engendré par l'insuffisance de la mastication, ils exagèrent encore la mauvaise habitude contractée en supprimant jusqu'à la possibilité de la mastication.

Le remède logique à une insuffisance fonctionnelle, ne peut consister à supprimer les conditions mêmes de cette fonction, mais au contraire à reconstituer, à redresser cette fonction par un entraînement méthodique et approprié. Cette remarque s'applique, bien entendu, à toutes les fonctions organiques. Qu'on y réfléchisse et on verra combien elle est souvent méconnue en thérapeutique.

Alfred MARTINET.

(in *Presse médicale*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins et le projet Caillaux.

Le « Propos du jour » de notre directeur, nous vaut un envoi de lettres dont nous tenons à mettre les plus intéressantes sous les yeux de nos lecteurs.

A Monsieur le rédacteur en chef du *Concours*,

Votre article sur le projet Caillaux me paraît indiquer le désir que cette question soit traitée à fond dans le *Concours*. Aussi je vous demande l'autorisation de développer la proposition que j'ai faite à la dernière assemblée générale et de répondre à vos arguments.

Avec tout le corps médical, je refuse de livrer au fisc les secrets de mes clients et, par la suite, je m'oppose à toute investigation dans ma comptabilité.

De votre côté, vous admettez la nécessité de consentir à un contrôle partiel, qui ne viole pas le secret médical. Or, j'ai dit et vous n'avez pas prouvé le contraire, que tout contrôle est illusoire, s'il est limité, que s'il ne l'est pas, il viole le secret professionnel. J'ai dit encore et je pense toujours qu'aucun système de comptabilité ne peut, si nous ne le voulons pas, nous obliger à inscrire notre comptant. D'où possibilité d'une fissure parfois minime, parfois très grande selon les habitudes diverses de nos clientèles. A toutes ces raisons, vous n'avez rien objecté, je suis donc autorisé à dire qu'elles conservent toute leur valeur.

Les arguments que vous apportez ne me paraissent point irréfutables. Il n'y a aucune comparaison à établir entre le fait de communiquer aux tribunaux une page de notre comptabilité pour mettre à la raison un client de mauvaise volonté, et le fait de communiquer toute notre comptabilité aux employés des finances.

D'autre part, vous admettez que le projet Caillaux sera sûrement et prochainement voté, que notre ministre actuel des finances est un homme terrible et ne fera qu'une bouchée du secret médical et de tous les médecins. Que M. Caillaux veuille briser tout ce qui lui résiste, c'est possible, mais qu'il y parvienne, c'est plus douteux, ce n'est en tous cas nullement prochain. Il n'est point certain qu'il se maintienne au pouvoir assez longtemps pour réussir. Il n'est point impossible non plus que lui-même ne change encore une fois d'avis sur ce sujet.

Quoiqu'il en soit, je ne crois pas qu'à l'heure actuelle le secret médical soit vraiment en danger. L'éveil est donné. L'attention publique est en émoi. L'administration des finances n'osera pas la braver ouvertement.

Ce que je craindrais surtout dans les circonstances présentes, si le projet Caillaux était voté, c'est le contrôle indirect, l'administration cherchant à savoir ce que nous faisons jour par jour, heure par heure et même minute par minute, combien de visites, combien de consultations, quelles opérations, à quel tarif. Dans les villes importantes, un réseau suffisamment serré d'espionnage serait difficile à établir, mais dans les petites villes et les campagnes combien facile ! Les collaborateurs, même non rétribués, ne manqueraient pas au fisc pour cette besogne.

Ces bons mouchards, dans leur zèle, auraient bien soin, selon les habitudes de leur espèce, de nous découvrir des recettes au moins doubles de celles qui figureraient sur la comptabilité la plus consciencieusement tenue. Tout ami qui nous viendrait voir, tout visiteur importun et même tout quémandeur serait par eux noté comme client de gros rapport. Ce serait entre nous et eux une lutte incessante, sournoise, odieuse, exaspérante. Douce perspective ! ! Voilà cependant à quoi vous prêtez les mains en accordant l'autorisation de nous contrôler. Voilà pourquoi je proteste énergiquement contre toute espèce de contrôle. Que nous donnions notre déclaration pure et simple, c'est tout ce que nous devons faire.

L'administration, dites-vous, ne peut accepter cela. Elle ne l'acceptera je le reconnais, que contrainte et forcée. C'est pourquoi j'avais demandé que nos défenseurs veillassent à obtenir des textes précis et formels. Si notre résistance est ferme, l'administration cèdera devant l'impossibilité de faire autrement.

Je passe maintenant à votre seconde proposition ainsi formulée. « Mettez en regard de nos recettes, la déduction de nos frais généraux et taxez-nous sur nos bénéfices. Il n'y a pas d'autre formule équitable mais contre elle vous n'avez pas à protester. »

A priori, cela peut paraître incontestable. Allons au fond des choses il n'en est rien, et cet effort vers plus de justice peut aboutir à plus d'injustice.

Voici trois confrères ayant des clientèles à peu près semblables comme rapport et comme frais généraux obligatoires. L'un, par suite d'une belle situation de fortune, ou parce qu'il ne sait pas compter, mène grand train. La différence entre ses recettes et ses frais sera minime, par exemple 2.000 francs. Un autre dans des conditions de clientèle semblables, dépensera moins, il lui restera net 4.000 francs. Enfin le troisième poussant l'économie jusqu'à ses dernières limites, arrivera, toujours dans les mêmes conditions de clientèle, à un excédent de recettes de 6.000. De votre disposition il résultera que le plus pauvre payera trois fois plus que le riche. De même, pour punir celui qui est le plus économe, vous lui infligez triple taxe. Les chiffres que je cite n'ont rien de fantaisiste, ils répondent à des cas réels, dans des clientèles moyennes de campagne. Ils prouvent que si la patente actuelle est loin de la perfection, le projet Caillaux, même amélioré par vous, en est encore beaucoup plus loin.

Je voudrais maintenant pousser une reconnaissance sur le terrain ennemi, c'est-à-dire me placer avec vous au point de vue des parlementaires. Vous dites ceci « Ils ont promis à leurs électeurs l'impôt sur le revenu, ils doivent le réaliser. C'est une affaire d'honnêteté de leur part ». C'est vrai, j'ajouterai que c'est aussi une affaire d'intérêt, car leurs adversaires politiques ne manquent pas dès maintenant de leur reprocher leur faillite, le mot est déjà lancé.

Leur réélection sera-t-elle compromise s'ils ne

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Il m'a promis d'adhérer aussi aux filiales du Concours ; je crois que vous feriez bien de lui faire adresser quelques numéros d'essai ; mêmes recommandations pour le Docteur C. qui m'avait promis de s'abonner et je ne sais s'il a tenu sa promesse que je lui rappelle par ce courrier.

Le Syndicat médical du Tarn est long à se mouvoir comme ses vieux fondateurs, voilà pourquoi, dans notre dernière réunion j'ai été assez heureux pour obtenir la nomination d'une commission chargée de réviser nos statuts. A côté du syndicat départemental, il va se créer deux syndicats locaux affiliés au syndicat départemental, n'auriez-vous pas un modèle de statuts-type pour me guider dans ce remaniement général ?

Veuillez me faire expédier cinquante affiches (accidents du travail, cinquante notes d'ordonnances ; ci-inclus mandat-poste de 4 fr. 50, solde de cette facture.

Soyez assez bon de faire joindre à cet envoi une dizaine de brochures, de chaque : Concours, Sou et Caisse des pensions, je les distribuerai à mes confrères à l'occasion du banquet annuel de l'Association générale.

Je joins ci-inclus, pour être remis à M. Gonin, le nom des membres du conseil d'Hygiène départemental.

Dr C.. au Sou médical. — Monsieur le Directeur du Sou médical. Mon cher confrère, vous seriez fort aimable de me renseigner sur la question suivante dont je vous ai entretenu verbalement il y a quelques jours. Le médecin, en face des complications que crée la loi autour d'un héritage ne sait vraiment à qui s'adresser. Qui dois-je considérer comme mon débiteur ? Le parent qui m'a fait appeler ou bien le consortium des héritiers. Comment dois-je faire ?

Votre bien dévoué,
Dr C...

Réponse. — Pour pouvoir vous répondre catégoriquement il faudrait avoir des renseignements plus précis sur la situation de l'hérédité. Je sais que c'est difficile à obtenir, mais il est impossible à un créancier d'agir sans cela, il est très difficile de lui donner des conseils.

A quel titre le greffier du tribunal de paix a-t-il fait vendre le mobilier de la défunte et à la requête de qui ? Si c'est à la requête de l'héritier ou des

Suite page X.

votent pas ce projet. Tout est là pour eux. C'est pourquoi il faut leur faire comprendre qu'elle le sera bien davantage s'ils le votent. La formidable clameur d'hostilité soulevée par le projet Caillaux est déjà un avertissement pour beaucoup. Gardons-nous bien d'en affaiblir la portée. Gardons-nous surtout de porter atteinte à la belle unanimité du corps médical. Toute capitulation partielle,comme celle que vous préconisez, serait un acte de haute trahison envers le corps médical. Il serait absolument déplorable qu'un tel acte vînt du Concours.

Pour ne pas altérer cette unanimité du corps médical nos réclamations ont toujours porté sur le projet Caillaux, et non sur le principe du projet d'impôt sur le revenu. Sur ce point en effet, les opinions sont partagées parmi les médecins, comme parmi les autres citoyens français.

Aux dernières élections, il est des médecins qui ont voté pour l'impôt sur le revenu, il en est qui ont voté contre. Ce n'est donc pas le lieu de discuter ce point, mais seulement de constater que l'unanimité s'est faite contre le projet Caillaux. D'après les théories modernes, l'impôt, pour être légitime, doit être consenti par l'imposé, chaque citoyen devant contribuer aux dépenses publiques en raison de ses ressources. Si un groupe de citoyens est imposé malgré sa volonté contrairement à des raisons justes et sérieuses, ce n'est plus une contribution volontaire, mais un acte de tyrannie fiscale, une véritable extorsion de fonds.

Or, aujourd'hui tout le corps médical s'est élevé avec énergie contre le projet Caillaux, cela est incontestable. Il est d'autre part incontestable que les médecins paient actuellement leur part et plus que leur part à l'Etat, aux départements et aux communes. En dehors de la patente il y a les centimes additionnels (j'en paye 225), il y a la cote personnelle et mobilière, les prestations, les portes et fenêtres, les impôts sur chevaux, voitures, automobiles, etc. Il y a encore et surtout les remises si considérables que nous faisons aux indigents, aux gendarmes, aux cantonniers, etc. Quand les indigents, les cantonniers, les gendarmes ont besoin de pain, les boulangers ne leur en délivrent pas gratuitement ni même au quart ou à moitié du tarif normal.

Laissons de côté les cantonniers, les gendarmes etc., pour lesquels les médecins ne sont pas forcés légalement d'agir comme ils le font. Mais pour les indigents, les médecins font de plus ou moins bon gré, à l'État, des remises impossibles à chiffrer mais à coup sûr très considérables. Nous sommes donc fondés,en stricte justice,à repousser une aggravation de charges, alors surtout que par une production annuelle injustifiée de 5 ou 600 médecins inutiles, l'Etat diminue si fort nos revenus professionnels et menace de nous réduire, d'ici quelques années au sort des viticulteurs du Midi.

Quoique vous en aient dit certains parlementaires nous sommes retranchés sur un terrain solide : pas d'aggravation de charges, nous n'en voulons pas, mais surtout pas de contrôle partiel car il serait illusoire pour le fisc tout en étant vexatoire pour nous; pas de contrôle intégral,qui supprimerait le secret médical.

Ce dilemme, me dira-t-on peut-être, n'est pas si absolu que vous le prétendez. L'impôt sur le revenu fonctionne dans certains pays étrangers, les médecins de ces pays s'en accommodent.Comment s'en accommodent-ils? Comment est fait le contrôle de leurs déclarations ? J'aimerais bien le savoir. J'aimerais trouver dans le *Concours* non pas des impressions plus ou moins vagues mais des documents officiels détaillés, complets et précis. Il faudrait ensuite, pour les interpréter,tenir compte des différences de caractères entre les peuples. Ainsi les Allemands naturellement disciplinés supportent aisément des obligations que nous Français nous ne saurions tolérer. Les Anglais,traditionalistes jusqu'à l'excès, n'abandonnent pas facilement leurs antiques errements même gênants et incommodes.

Malgré l'éclatante supériorité du système métrique, ils s'obstinent à garder leur système de poids et mesures archaïque et compliqué. De ce que les Anglais sont gens pratiques en général, il serait erroné d'en conclure que ce qu'ils font est toujours le plus pratique. De ce qu'ils ont conservé un système d'impôt rejeté par nous depuis la Révolution, il serait erroné d'en conclure à la supériorité de ce système.

Sous la réserve de ces observations il serait intéressant de posséder les renseignements dont je parlais. En les attendant, je maintiens la nécessité pour le corps médical de lutter avec la plus grande énergie et par tous les moyens possibles contre le détestable projet Caillaux.

Dr E. DUPONT.

(Villiers-Saint-Georges).

A Monsieur H. Jeanne,
directeur du *Concours médical*,

Monsieur et très honoré confrère,

Ouvrier de la première heure, et lecteur assidu toujours du *Concours médical*, j'avais hâte de trouver un article signé d'un nom autorisé,et traitant, comme il convenait de le faire, la question de l'impôt progressif sur les revenus, par rapport au corps médical. Vous l'avez fait avec tact et mesure et j'y applaudis des deux mains.

Il était vraiment regrettable de voir le corps médical s'engager dans une voie *égoïste* et *dangereuse* pour la dignité même de notre profession.

Le médecin doit s'efforcer de vivre dans la société comme le commun des mortels. Il a le devoir de se défendre contre les exploitations du gouvernement, des collectivités et du public. Mais c'est à la condition de se soumettre aux charges imposées à tous les citoyens.

Croyez, monsieur et très honoré confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Dr ...

131, rue de
Bordeaux, 21 juillet 1907.

Flize, le 22 juillet 1907.

Monsieur et cher confrère,

Partisan de l'impôt sur le revenu j'applaudis de tout cœur à votre article d'hier : vous êtes dans la note juste. Qu'on nous taxe sur nos bénéfices, qu'on respecte le secret professionnel, et nous n'aurons aucune protestation à faire ! Et la campagne à mener sur ces deux points ne soulèvera aucune antipathie et partant aura bien des chances d'aboutir.

Croyez, je vous prie, à mes sentiments les meilleurs.

Dr H. DOIZY.

Saint-Arnoult (S.-et-O.), le 21 juillet 1907.

Mon cher Jeanne,

Voici le premier article raisonnable écrit par un médecin à propos de l'impôt sur le revenu. Je le salue et vous, son auteur !

Non que j'admire le projet Caillaux qui, sous le prétexte du minimum d'existence, dispense la majorité des électeurs de payer l'impôt, ce qui est immoral : car ceux-là qui paient l'impôt ont seuls le droit de le voter.

Mais, malgré cette erreur, nous ne sommes fondés à réclamer que trois choses :

1° Le *secret* parce que nous sommes autorisés à cette réclamation par les tiers qui se fient à nous.

2° La déduction du minimum d'existence — comme tout le monde.

3° La déduction de nos frais généraux — encore commme tout le monde.

Le reste n'est que réaction ou bourgeoisisme égoïste.

Amicalement,

Dr J. C.

A titre personnel et non comme mandataire du syndicat.

ÉTUDES ET PROJETS

L'autonomie des Facultés et Ecoles de médecine

(*Rapport de la section à la Commission permanente*)

M. Le Fur, *Rapporteur.*

Des nombreuses questions discutées par le *Congrès des Praticiens* aucune peut-être n'est plus importante pour le corps médical, pour les Facultés et Ecoles, et au point de vue administratif que celle de l'autonomie.

Le Congrès a d'ailleurs bien montré l'importance qu'il attachait à cette question capitale, les professeurs, les praticiens, les étudiants l'ont abordée à plusieurs reprises. Les vœux dont l'autonomie des Universités (vœu Le Fur, vœu Gallois) a fait l'objet supposent, pour être réalisés, l'autonomie préalable des Facultés et Ecoles. Ecoles autonomes, se groupant volontairement en universités autonomes, tel est le sens qu'il faut attribuer aux décisions du Congrès.

La Commission permanente, en établissant un programme de travail, a mis depuis le Congrès la question de l'autonomie au premier plan de ses préoccupations, et je me contenterai de vous rappeler la fin du rapport sur le P. C. N. « Quant à une action plus directe, il importe d'attendre tout d'abord ce qui pourra résulter des vœux, *qui priment tout*, relatifs à l'autonomie des Facultés ».

Toutes les réformes concernant l'enseignement médical se trouvent intimement liées à l'Autonomie des Facultés et Ecoles ; elles exigent leur liberté d'action.

L'autonomie est la clef de voûte d'une réforme réelle de notre enseignement médical, la pierre angulaire, on ne saurait y attacher une trop grande importance.

L'étude et la mise au point de cette question doivent, à notre avis, précéder à l'étude de toutes les autres questions soumises au Congrès des Praticiens. En procédant ainsi, nous adoptons pour le présent une bonne méthode de travail. Nous faisons ensuite d'utile besogne pour l'avenir, en proposant une fois pour toutes de laisser les Facultés et Ecoles maîtresses de leur enseignement médical, de l'organiser dans les détails comme elles l'entendent, nous permettrons au corps médical de discuter ses intérêts propres en toute liberté et tranquillité d'esprit, sans avoir à se réunir à chaque instant, à provoquer des Congrès pour intervenir à propos de décrets imposés par l'Etat, de mesures malheureuses et contraires à l'intérêt de la profession médicale.

L'effort qui vient d'être demandé aux praticiens a été un grand et bel effort ; mais il ne serait peut être pas possible de le renouveler trop souvent. L'attitude défensive imposée au Corps médical par les circonstances et l'intervention de l'Etat ne sauraient se perpétuer sans inconvénient : le Corps médical doit pouvoir défendre ses intérêts, dans le calme et la sécurité, sans être à chaque instant mobilisé sur le pied de guerre.

Pour nous former des idées nettes et précises sur la question très complexe de l'autonomie qui est soumise à notre étude, nous vous proposerons d'examiner successivement :

1° Le régime actuel des Facultés et Ecoles de Médecine ;

2° Le nouveau régime de l'autonomie de ces Facultés et Ecoles tel que nous le comprenons, avec les avantages qui en résulteraient.

Nous terminerons par l'étude des *conditions pratiques* sans lesquelles l'autonomie ne saurait être accordée et nous examinerons en dernier lieu les *moyens d'action* nécessaires pour faire aboutir la réforme proposée.

I. — *Régime actuel des Facultés et écoles de médecine.*

C'est le régime des *Universités*, consacré par la loi du 10 juillet 1896. — Il serait intéressant d'entrer dans le détail de cette loi, sur laquelle il y aurait beaucoup à dire, mais pour ne pas perdre de temps, je me contenterai de montrer rapidement les avantages et les inconvénients du régime universitaire sous lequel nous vivons depuis déjà plus de dix ans.

La loi de 1896 sembla avoir apporté quelques avantages au point de vue de la décentralisation de l'enseignement. Jusque-là nous possédions dans toute sa beauté l'organisation napoléonienne essentiellement centralisatrice, avec les Facultés, les Académies, le Conseil supérieur de l'Instruction publique et au sommet de la pyramide le Grand Maître de l'Université. Il y avait à ce moment non pas plusieurs Universités, mais une seule Université : l'Université de France. Les Facultés et Ecoles étaient directement rattachées au pouvoir central. La loi de 1896 a brisé ces liens directs, en introduisant entre l'Etat et la Faculté un organisme intermédiaire : l'Université. Elle a en outre créé des centres d'enseignement provincial, des Universités, au nombre de seize, déversant un peu de vie et d'activité sur la province, au lieu de tout faire affluer à Paris, décongestionnant ainsi le centre au profit de la périphérie. Tels sont, rapidement esquissés, les avantages de la loi de 1896. Elle présente certains inconvénients,

qu'il faut savoir reconnaître loyalement et la pyramide existe encore.

Signalons d'abord les inconvénients d'ordre général. La création des Universités a diminué dans une certaine mesure l'autonomie dont jouissaient certaines Facultés. Si l'on voulait faire une décentralisation efficace, il eût fallu laisser les Universités se créer spontanément, par la réunion naturelle des éléments de vitalité et d'énergie dont disposaient les Ecoles et Facultés, plutôt que de les imposer par voie administrative, par décision d'Etat, ce qui était encore une manifestation du pouvoir central dans les questions d'organisation de l'enseignement. A admettre même, ce que soutiennent certains esprits sérieux, que l'initative dût être prise par l'Etat au début, étant donné en France la timidité des initiatives privées, et que les mesures prises ont été à l'abri de toute critique, en créant des Universités provinciales là seulement où il fallait en créer, et non ailleurs, nul n'oserait soutenir que les décisions prises il y a dix ans soient encore et resteront indéfiniment justes, en d'autres termes que les centres universitaires choisis correspondent toujours à la réalité des besoins de l'enseignement.

La preuve du contraire serait donnée par certaines Facultés qui se sont vues obligées, pour conserver une apparence de vie, d'abaisser ridiculement le niveau de leurs examens ; les élèves y viennent non pour l'excellence de leur enseignement. mais pour l'innocuité de leurs barrières, et les Universités se font ainsi la concurrence à la baisse.

D'autre part, il est inadmissible de penser qu'à Marseille par exemple, à Nantes ou dans d'autres villes de France, des éléments puissent se grouper pour constituer une Université, parce que le 10 juillet 1896, une loi a décidé qu'il y aurait seize Universités en France, dans des villes déterminées, qu'il ne saurait y en avoir ni plus ni moins, et que les villes choisies en 1896 jouiraient indéfiniment d'Universités, quelle que soit l'activité de leur enseignement, la prospérité ou l'inactivité de leurs Facultés et Ecoles. De pareilles propositions ne peuvent être soutenues par aucun esprit sensé.

En dehors de ces inconvénients d'ordre général dont peut avoir à souffrir l'enseignement médical, au même titre que tous les autres enseignements, le régime des Universités consacré par la loi de 1896 a entraîné certains autres inconvénients qui nous intéressent particulièrement et dont on peut citer, entre plusieurs autres, quelques exemples typiques, ils démontrent amplement les vices de l'organisation générale de notre enseignement médical.

1° La possibilité dans un Conseil d'Université de voir les représentants des deux Facultés les moins nombreuses et les moins importantes, se liguer contre une autre Faculté, la Faculté de Médecine en l'espèce, et lui imposer ses conditions, en obtenant la majorité dans les votes. En fait, cette hypothèse se réalise parfois, et l'on pourrait en citer quelques exemples. Nous connaissons des Universités de Province où les délégués des Facultés des Lettres et des Sciences imposent leurs volontés aux délégués des Facultés de Médecine et de Droit.

2° Les Facultés et Ecoles de Médecine, qui sont souvent les plus riches, par le nombre des élèves et surtout les droits d'examen, de travaux pratiques et de laboratoire réglés par les élèves, peuvent payer pour les autres ; tout l'argent donné par les élèves ne leur revient pas intégralement. L'on peut citer comme exemple l'Ecole de Médecine de Limoges, dont la totalité des dépenses, comme cela se passe pour toutes les Ecoles Médecine est payée par la Ville, et qui rapportent à l'Etat une somme assez importante. D'ailleurs ce n'est pas seulement dans les Facultés ou Ecoles de Médecine que l'Etat réalise ainsi certains bénéfices, mais aussi dans certaines Facultés de Droit, celle de Caen par exemple ; L'Etat, dans ce cas, touche plus en droits d'examen et de diplôme qu'il ne dépense pour la Faculté ou Ecole en question, ce qui est vraiment inadmissible, la totalité des sommes perçues par chaque Faculté ou Ecole devant lui revenir, si l'on veut encourager sa vie et son activité propres.

3° Les Facultés et Ecoles de Médecine sont actuellement dans l'impossibilité d'organiser leur enseignement comme elles entendent. Nous n'en citerons qu'un exemple typique ; l'impossibilité de faire, à la Faculté de Paris, des cours gratuits, et des cours payants de moins de 50 fr. et de plus de 150 fr. Ce sont là des faits absolument regrettables et contre lesquels l'on ne saurait trop s'élever.

4° Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris est en conflit fréquent avec le Conseil de l'Université et bien des Professeurs de la Faculté protestent contre la dépendance dans laquelle se trouve le Conseil de la Faculté vis-à-vis de ce Conseil comme du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Cette dépendance ne devrait nullement exister dans toutes les questions concernant spécialement l'organisation des études médicales, la discussion des programmes. Cependant, le Conseil de la Faculté de Médecine est seul compétent dans toutes ces questions et a mission de parler au nom des médecins. Un incident tout récent vient bien montrer combien le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris compte peu vis-à-vis du Conseil de l'Université ou du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Celui-là avait décidé, sous la pression de l'opinion publique médicale, que dorénavant les professeurs de sciences accessoires (anatomie, physiologie) ne pourraient plus remplir parallèlement les fonctions de médecin ou chirurgien des hôpitaux. Ce cumul offrait de multiples inconvénients, tant au point de vue des malades que de l'enseignement. Le Conseil supérieur a opposé son veto à l'exécution de cette décision.

5° S'il fallait une preuve évidente de la nécessité absolue de l'autonomie plus grande de nos Facultés et Ecoles de Médecine, on ne saurait mieux la trouver que dans le conflit survenu récemment entre le Conseil supérieur de l'Instruc-publique et le Corps médical tout entier, à propos du Certificat d'Etudes médicales supérieures et du certificat d'admissibilité à l'agrégation. A toute chose malheur est bon, car c'est de ce conflit que date le grand mouvement d'opinion médicale qui a été l'origine du Congrès des Praticiens, le Corps médical a enfin pris conscience de lui-même, de sa force et des intérêts qu'il représente, et, dans la lutte engagée pour la réorganisation de l'enseignement médical, il

vient apporter la puissance du nombre et l'appui de son indépendance aux représentants des Facultés sans doute bien intentionnés, malheureusement plus ou moins gênés dans leurs demandes de réformes par les entraves de la fonctionnarisation et des traditions surannées.

6° Il faut insister en terminant sur un des inconvénients qui n'est pas le moindre de l'organisation actuelle de l'enseignement médical, conséquence de l'intervention abusive de l'Etat dans des organisations naturelles qui devraient être spontanées, et ne relever que de l'Association librement consentie des professeurs, des praticiens et des élèves ; je veux parler de la séparation du corps médical officiel et non officiel, des professeurs d'un côté, des praticiens et des étudiants de l'autre. Le fossé qui les séparait menaçait de devenir de plus en plus profond avec l'ancien état de choses. Avec l'organisation nouvelle que nous proposons, nous nous rapprochons à ce point de vue de la tradition des vieilles Universités françaises.

Chacun de nous devrait se rappeler qu'autrefois le corps enseignant de la Faculté, qui a été déformé par le pouvoir central, était vraiment l'émanation du Corps médical, et non uniquement de l'Etat comme aujourd'hui ; le titre officiel des Universités françaises du moyen âge était : *Universitos magistrorum et scolarum*, c'est à-dire une association de maîtres et d'élèves, fonctionnant pour le plus grand bien des élèves, pour le plus grand honneur des Maîtres. Il faut que les Facultés de Médecine françaises, sans rien perdre pour cela, reprennent cette vieille tradition. Il faut qu'elles prennent modèle sur les organisations étrangères où pareille erreur n'a jamais été commise, car elle est contraire à la raison même. Il faut chercher à réaliser une unité plus complète, une union plus intime entre tous les membres de la grande famille médicale ; il faut rapprocher les professeurs des praticiens et des élèves, et enlever les barrières que l'intervention de l'Etat a dressées entre les différents éléments du corps médical français qui ont tous des aspirations identiques et des intérêts communs.

II. — *Ce que serait le nouveau régime de l'autonomie des facultés. — Ses avantages. — Rôle respectif des facultés et de l'État.*

Nous ne réclamons pas l'Autonomie absolue théoriquement irréalisable, mais une Autonomie réelle opposée à la dépendance dans laquelle se trouvent les Facultés à l'heure actuelle. Voici une série de propositions que nous vous soumettons et qui permettent de comprendre ce que pourrait être l'Autonomie.

1° L'*Autonomie budgétaire* est absolument nécessaire pour assurer l'indépendance des Facultés, et notamment des Facultés de Médecine. C'est là ce qu'il faut d'abord demander et obtenir. Le jour où les Ecoles toucheraient toutes les sommes versées par les étudiants et non seulement par conséquent les droits d'inscription de travaux pratiques et de laboratoire dont elles profitent déjà, mais même les droits d'examen et de diplôme perçus actuellement par l'Etat, ce jour-là la principale réforme sera réalisée et l'indépendance des Facultés de Médecine sera un fait accompli. En dehors du budget personnel géré par leurs représentants, les Facultés de Médecine pourraient si elles le voulaient et comme tout le monde le désire, participer comme par le passé, à un budget commun d'Université qui serait consacré à tous les services communs, entraînerait forcément l'Agrégation des Facultés représentant l'Université.

2° La *nomination des professeurs et leur paiement par la faculté* est une deuxième nécessité, dérivant d'ailleurs de l'autonomie budgétaire. Les professeurs seraient donc nommés par leurs pairs, par le Conseil de la Faculté auxquels l'on pourrait adjoindre des représentants des praticiens ou des élèves, comme cela se passait dans les Universités du moyen-âge, comme cela se passe encore à Edimbourg. Les professeurs seraient nommés et payés par :

a) La *Faculté* dont le budget comprendrait non seulement tous les droits d'inscription, d'examen, etc. mais encore les subventions des communes et des départements ; ces subventions réduites à l'heure actuelle deviendraient de plus en plus importantes à mesure que se développeraient les Unversités, Facultés ou Ecoles provinciales qui seraient la gloire et parfois un élément de fortune de la région où elles auraient pris naissance.

b) *Les praticiens et les élèves* qui seraient les premiers à désirer payer de leurs deniers des professeurs choisis par eux, créés pour eux pour ainsi dire, et se consacrant exclusivement à l'enseignement pratique si abandonné à l'heure actuelle.

c) *L'Etat* en fait qui, subventionnant les Facultés et contribuant ainsi pour une part au paiement des professeurs, leur donnerait en même temps la « consécration officielle après qu'ils auraient été désignés par leurs pairs.

3° *L'enseignement serait organisé par les Facultés comme elles l'entendraient.* Il est tout naturel que vis à vis des étudiants qui se confient à elles pour en recevoir l'enseignement médical, les Facultés aient la responsabilité de cet enseignement et que par conséquent elles l'organisent comme bon leur semble, ce système n'aurait d'ailleurs aucun inconvénient, et ne présenterait aucun danger, car le contrôle de l'enseignement donné par chaque Faculté serait fourni par les intéressés eux-mêmes, c'est-à-dire par les élèves. Si une Faculté forme des élèves sérieux ayant une instruction clinique complète et une instruction théorique suffisante, les élèves afflueront à la dite Faculté, contribuant à augmenter sa clientèle et ses ressources ; dans le cas contraire, ils l'abandonneront et iront ailleurs. Les Facultés et Ecoles seront elles-mêmes l'instrument de leur prospérité ou de leur ruine. Elles profiteront de toutes les améliorations et réformes utiles, souffriront de toutes les erreurs commises. Une juste émulation et la libre concurrence qui s'établiront nécessairement entre elles toutes, les obligeront à toujours avancer dans la voie des perfectionnements et seront la meilleure garantie de leur valeur intrinsèque.

4° Les *Facultés et Ecoles devront ouvrir leurs portes et favoriser l'enseignement libre* ; de fermées qu'elles sont actuellement elles doivent devenir largement ouvertes à toute capacité d'enseignement ; le privat-docentisme, l'enseignement technique des spécialités, tous les cours libres seront partout encouragés. L'enseignement médical sera ainsi élargi pour le plus grand

bien de tous ; des élèves qui pourront choisir entre de multiples cours celui qui leur plaira le mieux, et qui pourront apprendre pratiquement la médecine parce qu'ils seront répartis entre des maîtres et que là encore la libre concurrence produira ses effets excellents, et que le mérite le plus grand sera le plus récompensé ;

5° *Enfin la Faculté possèderait l'initiative des institutions et œuvres à créer dans l'intérêt des étudiants et des praticiens.*

Quel serait donc dans ces conditions nouvelles, *le rôle respectif des Facultés et de l'Etat* dans l'organisation de l'enseignement médical ? Les Facultés organiseraient, sous leur propre responsabilité leur enseignement médical, nommeraient leurs professeurs, et jouiraient d'un budget autonome. L'État, dont le rôle se trouverait réduit, subventionnerait les Facultés à fonds perdus, confirmerait la nomination des professeurs, fixerait la durée des études, aurait droit de contrôle aux examens cliniques dans lesquels il serait représenté par un délégué, car il a le devoir vis-à-vis du public de surveiller la valeur pratique des médecins qu'il donne à la Société. Il aurait la collation du grade de Docteur en Médecine.

On peut se demander d'autre part si tout ce qui concerne le programme et la durée des études ne devrait plutôt pas être soumis à un Conseil médical supérieur, formé de la réunion des délégués, et dont nous aurons tout à l'heure à discuter l'utilité.

III. — *Conditions dans lesquelles l'autonomie peut être demandée et doit être accordée sans difficulté.*

Ce sont des conditions d'ordre pratique qui rendent cette réforme non seulement possible, mais facile, et sans lesquelles il est à craindre que la réforme proposée ne soit formellement rejetée ou tout au moins ajournée indéfiniment et finalement enterrée.

1° *Le nouveau régime de l'Autonomie ne devra pas coûter plus cher à l'Etat ni aux Etudiants.*

Cette condition est nécessaire, toute réforme qui demanderait en ce moment à l'Etat un sacrifice budgétaire sera presque sûrement repoussée. Ce n'est pas à dire que nous acceptions la valeur intrinsèque de cette raison, car nous croyons au contraire que l'Etat en France ne fait pas tout ce qu'il devrait et pourrait faire vis-à-vis de la Science et de la Médecine françaises. Il suffit de rappeler d'une part que l'ensemble des Universités du territoire français touche de l'Etat français 2.596.800 fr., alors que la seule Université de Berlin reçoit de l'Etat allemand 2.622.000 fr., c'est-à-dire un peu plus, et d'autre part que le budget des Universités allemandes est triple du nôtre, la différence atteignant presque 30 millions Mais étant données les préoccupations d'ordre budgétaire dans lesquelles notre pays se trouve en ce moment, et convaincus que les vrais décentralisateurs doivent faire appel aux initiatives privées bien plus qu'au concours de l'Etat sauveur, nous devons présenter la réforme de l'autonomie aux pouvoirs publics, sans leur demander le plus léger sacrifice pécuniaire. On ne pourra donc pas se retrancher derrière la raison budgétaire pour repousser cette réforme.

Le nouveau régime ne doit pas non plus, avons-nous dit, coûter plus cher aux étudiants. Nous ne voulons froisser ni les tendances démocratiques actuelles, ni les étudiants qui se sont associés au mouvement de réformes, il est donc indispensable de ne pas élever le prix des études médicales.

Comment donc résoudre dans la pratique le problème du paiement des professeurs par les élèves, dont le principe est en général accepté et reconnu excellent. Il suffit simplement de diminuer largement les droits d'inscription et d'examens de manière que, sans dépenser plus qu'à l'heure actuelle, les étudiants puissent avoir le *libre choix* de leurs maîtres et payer les frais qu'amènera leur participation à l'enseignement.

2° *L'enseignement médical doit être ouvert et élargi* avec le nouveau régime de l'autonomie des Facultés. L'enseignement médical libre doit être favorisé et encouragé par chaque Faculté, étant donné qu'il est, comme nous l'avons dit, la meilleure garantie de l'enseignement officiel. Non seulement les Facultés doivent faire appel, à Paris et en province, aux merveilleuses ressources d'enseignement clinique disséminées dans tous les hôpitaux quels qu'ils soient, et malheureusement inutilisées ; mais encore elles ont le devoir d'appeler à enseigner tous ceux qui se font connaître par leurs travaux ou leurs qualités d'enseignement. Et à côté des professeurs consacrés par l'Etat, elles doivent créer ce corps de privat docent, de chargés de cours, de répétiteurs-administrateurs si l'on veut, peu importe le mot, réclamés unanimement par l'opinion médicale, qui seraient nommés directement par les Facultés et qui seraient chargés de l'enseignement clinique pratique et de l'enseignement technique des spécialités. Le jour où les Facultés, élargissant le cadre par trop étroit de leur enseignement, auraient réalisé cette réforme qui ne dépend que d'elles et qui recevrait une application immédiate, elles auraient fait faire par là même un grand pas à la question de l'autonomie.

3° La troisième condition pratique pour obtenir l'Autonomie des Facultés, c'est de montrer qu'en réalité, il n'y a pas de bouleversement à faire dans l'organisation actuelle, *que la réforme proposée peut se réaliser sans évolution, sans destruction aucune, et en changeant peu de choses au cadre actuel.*

Le régime des Universités qui a marqué une tendance manifeste vers la décentralisation, serait maintenu à condition d'accorder une autonomie plus grande aux Facultés et Ecoles de Médecine dans le cadre universitaire, à condition aussi de laisser dorénavant les Facultés et Ecoles se grouper spontanément pour constituer, si elles le désirent, des Universités nouvelles. Dans cette question de l'Autonomie des Facultés, il y a bien plus en somme une éducation de l'esprit public à faire, qu'une loi à modifier. Habituons-nous, et habituons le public autour de nous à ne pas attendre tout de l'Etat-Providence, notamment la manne des subventions. La loi actuelle sur les Universités prévoit les dons aux Facultés faits par les particuliers, les communes, les départements. Nous devons provoquer et encourager en France ces initiatives généreuses que l'on ignore dans notre pays, et qui font la force de pays comme les Etats-Unis, l'Angleterre, l'Allemagne. Que chacun s'intéresse à l'Université, la Faculté de sa région, que l'on

voie se produire pour les Hôpitaux et les Facultés le grand mouvement de générosité qui s'est manifesté à propos de l'Institut Pasteur, et qui a fait de celui-ci une organisation modèle dont notre pays a le droit d'être fier. Chaque Faculté de Médecine deviendra alors consciente de sa force et de son indépendance ; elle pourra grâce aux fonds qu'elle possèdera personnellement, organiser un enseignement modèle. A ce moment et tout naturellement, croyons-nous, par suite de la force sinon de la loi d'Association qui pousse des organisations similaires à se grouper, on verra des liens se créer entre les différentes Facultés, une Fédération se constituer entre elles, une sorte de Conseil des Facultés, qui aurait à étudier et à mettre au point toutes les questions d'ordre général concernant les Facultés de Médecine et l'enseignement médical en général (durée et programme des études, réformes portant sur l'enseignement médical, etc.) Le Conseil pourrait même s'entendre avec les Syndicats médicaux et toutes les Sociétés professionnelles et devenir ainsi un *Conseil médical supérieur*, analogue au Ministère des affaires médicales qui fonctionne en Allemagne, et qui devrait être consulté par les différents ministères pour toutes les questions relevant de l'enseignement de la médecine ou de la Profession médicale. Ainsi serait réalisé un autre vœu du Congrès des Praticiens, avec cette réserve importante que ce Conseil serait non une émanation de l'Etat, imposé par lui et à sa dévotion, mais l'émanation réelle du Corps médical tout entier.

CONCLUSIONS.

Je ne saurais mieux faire, comme conclusions de mon rapport sur l'Autonomie des Facultés, que de reproduire les phrases suivantes prononcées par M. Leygues lui-même, ancien ministre de l'Instruction publique, au Congrès pour l'Avancement des Sciences à Lyon :

« C'est la liberté seule qui peut assurer les pro-
« grès de la Science. Hors la liberté, il n'y a pour
« elle que sommeil et immobilité. Il faut donner
« aux foyers d'où elle naît et d'où elle rayonne
« une vie de jour en jour plus active. Il faut
« assurer aux institutions qui la propagent une
« indépendance, de plus en plus grande. Le
« rêve serait d'arriver à avoir des *Universités*
« *autonomes et rivales* jalouses de leur éclat et
« de leur prospérité. Ce beau système que la
« France a créé au XIIIe siècle a été imité par-
« tout en Europe ; nous seul l'avons abandonné.
« *Il y faudra revenir et reprendre nos anciennes*
« *traditions*. Ce sera le moyen le plus sûr d'assu-
« rer l'avenir de nos Facultés, d'accroître le
« développement de celles qui prospèrent, de
« vivifier et de rajeunir celles qui languissent. »

L'on ne saurait mieux dire, et nous sommes heureux de rencontrer comme auxiliaire dans le juste combat que nous soutenons, un ancien ministre de l'Instruction publique, de la valeur et de la compétence de M. Leygues. Nous nous contenterons d'ajouter un seul mot : Pourquoi serait-ce un rêve d'obtenir ce que demande M. Leygues ? Ce rêve a été autrefois une réalité quand l'Ecole médicale de Montpellier, plus brillante même que celle de Paris, dirigeait le mouvement scientifique de son époque. Ce rêve est une réalité en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis, pourquoi serait-ce seulement chez nous qu'on ne pourrait arriver à le réaliser?

Moyens d'action.

1° *Période d'enquête.* — Pendant les vacances, faire une grande enquête. — Consulter : 1° les Facultés et Ecoles de Médecine ; 2° Les syndicats et Associations ; 3° Les étudiants.

2° *Période de propagande.* — Créer un grand mouvement d'opinion. Intéresser à cette campagne la presse médicale, la presse politique. — S'associer au mouvement parallèle des autres Facultés, le provoquer et l'encourager au besoin.

3° *Période d'exécution.* — Faire intervenir le groupe médical parlementaire. — Saisir le Parlement de la question de l'Autonomie.— Provoquer des démarches près du Ministre compétent.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, Rue de la Tour-d'Auvergne et Cité Milton, 5 bis.

Ecole et Dispensaire Dentaires de Paris

FONDÉS EN 1880, SUBVENTIONNÉS PAR L'ÉTAT, LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE ET LA VILLE DE PARIS.

Reconnus d'utilité publique le 19 février 1892

Paris, le 29 juillet, 1907.

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez publié dans le n° du 19 mai 1907 de votre estimable journal, un article intitulé : *La réforme des études dentaires* qui contient, en même temps que des appréciations désobligeantes pour les écoles dentaires et l'enseignement qui y est donné, des inexactitudes qu'il n'est pas possible de laisser passer sans les relever.

La Direction de l'Ecole Dentaire de Paris croit de son devoir de faire remarquer : 1° qu'elle n'a *jamais* admis d'élèves n'ayant pas 15 ans. Les diplômes qui sont exigés pour l'entrée dans les écoles dentaires comportent manifestement, par leur nature, l'âge de 16 à 18 ans chez les jeunes gens qui en sont pourvus et il est tout à fait exceptionnel qu'elle reçoive des élèves ayant moins de 16 ans.

2° L'enseignement n'est pas donné *surtout* par des chirurgiens-dentistes non médecins. Le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris compte, en effet, sur 40 professeurs ou professeurs suppléants, 29 docteurs en médecine ou en sciences, dont 10 sont professeurs à la Faculté de médecine, à l'Ecole de Pharmacie, à l'Institut Pasteur etc., ou attachés à l'enseignement de ces établissements, contre 18 chirurgiens-dentistes, tous nommés au concours.

Nous ne dirons rien des services dentaires dans les hôpitaux ; des voix plus autorisées que la nôtre ont suffisamment établi qu'ils peuvent peut-être servir à donner aux étudiants en médecine quelques notions d'art dentaire, mais qu'ils sont tout à fait hors d'état de donner aux futurs dentistes l'enseignement dont ils ont besoin, ne serait-ce que par suite de leur installation rudi-

mentaire et de l'insuffisance des jours de service (2 matinées par semaine environ).

Quant à prétendre qu'il est dangereux pour la santé publique d'avoir des chirurgiens-dentistes, aucune enquête auprès de leur clientèle n'a démontré jusqu'à ce jour que cette affirmation repose sur quelque fondement.

Une *note de la Rédaction* qui est ajoutée à cet article conclut dans le même sens, en affirmant que l'*art dentaire a des rapports trop étroits avec la médecine générale pour qu'on puisse en permettre l'exercice sans instruction médicale complète.*

Voilà justement la question ! Faut-il aux études techniques complètes (5 années reconnues nécessaires au dentiste pour satisfaire le public), ajouter des études médicales complètes (5 autres années) ? C'est allonger singulièrement les études odontologiques ! Nous sommes, avec la grande majorité des chirurgiens-dentistes et des sociétés dentaires, un grand nombre de médecins odontologistes qui pensons, d'accord en cela avec les pouvoirs publics en France et dans plusieurs pays étrangers (Angleterre, Allemagne, Etats-Unis), que cela n'est pas nécessaire d'une manière générale et qu'un programme comme celui qui est appliqué dans les écoles dentaires de ces divers pays et qui comprend, avec des études techniques complètes (dentisterie et prothèse), des notions générales de médecine, suffit amplement pour un chirurgien-dentiste.

Enfin, il y lieu de noter que les deux Ecoles dentaires qui ont été reconnues d'utilité publique et dont les dispensaires sont des dispensaires de l'administration générale de l'Assistance publique, sont des institutions philanthropiques d'enseignement supérieur et non des sociétés financières, qu'elles sont soutenues par des associations professionnelles et que c'est à ces divers titres qu'elles ont obtenu en 1892 cette reconnaissance officielle, les divers ministères compétents ayant préalablement donné un avis favorable.

Je vous serai obligé, Monsieur et honoré confrère, de bien vouloir donner l'hospitalité à ces quelques rectifications et, en vous remerciant à l'avance, je vous prie de croire à mes sentiments bien distingués.

Pour le bureau du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris :

Le Président-Directeur :

Dr H. GODON.

N. D. L. R. — Tout en comprenant le sentiment qui anime M. le Docteur Godon, nous nous demandons si les raisons qu'il invoque sont réellement convaincantes. Où finit l'art dentaire et où commence la médecine ? Quoique l'on puisse invoquer, nous persistons à penser que les manifestations dentaires de toutes sortes ne peuvent être soignées que par des médecins, parce qu'elles mettent souvent sur la piste d'affections d'ordre général, que seul un médecin peut diagnostiquer, quand il en est encore temps, que seul il a qualité pour traiter en connaissance de cause.

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Tribunal civil d'Albertville

15 mars 1907.

Les syndicats médicaux et associations médicales régulièrement constitués, sont en droit de réclamer des dommages-intérêts devant la juridiction civile à un individu antérieurement condamné par le tribunal correctionnel pour exercice illégal de la médecine.

L'action syndicale a sa base, soit dans l'intérêt moral que le corps médical tout entier doit avoir à ce que la profession de médecin ne soit exercée qu'honorablement conformément aux prescriptions légales, soit dans le préjudice matériel causé à ce corps par la concurrence illicite résultant de l'exercice illégal de la médecine.

Entre le Syndicat médical des médecins de la Savoie et l'Association des médecins de la Savoie, demandeurs.

Et M. Jean Sibuet masseur, demeurant à Saint-Sigismond, défendeur, d'autre part.

Le tribunal :

Attendu que suivant exploit du 24 décembre 1906, MM. les docteurs Armand et Carret agissant comme Présidents, représentant, le premier, la Société de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de la Savoie et le second le Syndicat médical de Chambéry et de la Savoie et au besoin, comme médecins en leur nom personnel, ont assigné devant le Tribunal civil de céans M. Sibuet, masseur à St-Sigismond, en payement de la somme de 3000 francs, en réparation du préjudice qu'il a causé aux médecins dans l'arrondissement d'Albertville et de Chambéry, qu'ils déclarent le poursuivre par application des articles 1382 et 1383 du Code civil et 17 de la loi du 30 novembre 1892, en fondant la preuve de leur demande sur un jugement du tribunal correctionnel d'Albertville du 29 novembre 1906 passé en force de chose jugée, qui a condamné le défendeur à cent francs d'amende pour avoir, n'étant pas muni des titres prévus par la loi, exercé illégalement la médecine dans les arrondissements d'Albertville et de Chambéry, en prenant part habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou affections chirurgicales en dehors des cas d'urgence.

Attendu que le défendeur qui avait d'abord excipé de l'irrecevabilité de l'action par le motif que la Société et le Syndicat demandeurs ne seraient pas régulièrement constitués et représentés, n'a pas insisté sur ce moyen à l'audience ; que la qualité qu'invoquent les docteurs Armand et Carret et la constitution régulière de l'Association du Syndicat sont suffisamment établies par les éléments de la cause; qu'il est certain d'autre part que les demandeurs, agissant dans l'intérêt collectif et général de leurs associations soit en vertu de l'intérêt moral que le corps médical entier doit avoir à ce que la profession de médecin ne soit exercée qu'honorablement, conformément aux prescriptions légales, soit en vertu du préjudice matériel causé à ce corps par la concurrence illicite résultant de l'exercice illégal de la médecine ;

Attendu que la preuve du fondement de la demande en principe se trouvant dans le jugement du 26 novembre 1906, Sibuet a soutenu d'abord qu'il était autorisé par un médecin à donner des consultations médicales et a prétendu ensuite qu'on ne pouvait retenir contre lui pour l'évaluation du dommage que les faits spécifiés dans le dit jugement;

Attendu que rien n'appuie l'allégation de l'autorisation accordée au défendeur qui ne remplit pas les conditions légales pour exercer la médecine, autorisation qui d'ailleurs, ne pouvait être prise en considération parce que si elle existait, elle serait contraire à la loi et à l'ordre public ; que la preuve qui en est offerte doit être rejetée comme inadmissible ;

Attendu au sujet de la seconde prétention que le jugement du 26 novembre 1906 n'a pas décidé que le défendeur avait seulement donné treize fois des soins ou des consultations à des malades, mais qu'il était démontré par les faits relatés et les circonstances de la cause qu'il avait depuis moins de trois ans, pris part habituellement et par une direction suivie au traitement de maladies et d'affections chirurgicales, qu'il avait ainsi exercé illégalement la médecine.

Attendu que Sibuet au surplus, avoue lui-même indirectement comme pour donner plus de force à la dite décision, qu'il se livrait à l'exercice de la médecine lorsqu'il prétend qu'il en avait l'autorisation et qu'il avait reçu l'assurance qu'on ne l'inquièterait pas ;

Qu'il a donc causé aux demandeurs, en leur qualité, pendant le temps spécifié dans le dit jugement un préjudice moral et matériel pour lequel il est tenu à réparation aux termes des articles 1382 et 1383 du code civil.

Attendu qu'il existe dans la cause des éléments permettant d'évaluer le préjudice à la somme de 300 francs,outre les dépens alloués à titre de supplément de dommages.

Pour ces motifs,

Rejetant toutes conclusions contraires ou plus amples ;

Reçoit l'action régulière en la forme et déclarant au besoin nulles comme irrégulières et insuffisantes les offres subsidiaires de 26 francs et des frais.

Condamne le défendeur à payer aux demandeurs, en leur qualité, la somme de trois cents francs à titre de dommages et intérêts.

Le condamne en outre aux entiers dépens de l'instance pour supplément de dommages-intérêts.

Note. — Cette décision fait une application des règles de droit en matière d'action syndicale conforme aux principes que la Cour de cassation vient récemment encore de proclamer dans un arrêt du 24 juillet 1907, rendu dans une affaire où la Cour de Paris n'avait pas admis un syndicat à se porter partie civile dans une poursuite pour fraude en matière de mouillage de vins,droit que le tribunal de la Seine avait reconnu au Syndicat. La Cour de cassation a proclamé qu'il suffisait que tous les membres d'un Syndicat aient un intérêt social dans l'affaire.

G. GATINEAU

Avocat à la Cour d'appel,
Conseil du *Sou médical.*

CORRESPONDANCE

Médecins de la gendarmerie !

Mes chers amis du *Concours*,

A l'heure même où vous signaliez, sans apporter à ce projet la moindre approbation, la formation d'un syndicat particulariste des médecins de la gendarmerie, je répondais directement au docteur Paulet (de Sommières).

J'ai eu le tort, ce que vous avez su éviter, d'affecter le ton plaisant en annotant les circulaires de notre honoré confrère. J'étais incité à cette blague parce que le sujet comporte, pour moi, le souvenir d'une longue mésaventure. Mais de ce que je prends gaiement ces choses, il n'en résulte pas du tout que les autres fassent de même ou soient tenus de les prendre ainsi.

Après vingt ans d'expérience et plus, j'ai le droit de me moquer de moi-même puisque je reste médecin gratuit dans l'espérance d'une médaille, sans que cela me donne le droit de me moquer de ceux qui font comme moi, avec la même espérance ou avec une autre.

M'étant ainsi excusé de la forme de ma réponse, je demande maintenant le loisir de m'expliquer sur le fond.

Vis-à-vis des gendarmes d'ici je suis lié : parce que je les ai soignés sans honoraires, un peu aussi parce que j'ai accepté quelqu'une des médailles spéciales, j'ai passé un véritable contrat qui m'oblige à leur égard.

J'ai créé, ou maintenu, une habitude fâcheuse pour eux. Cette habitude est plusieurs fois fâcheuse pour eux : ainsi ils ont perdu le goût du libre choix, de la libre confiance ; ainsi ils ont accepté une solde qui n'est plus du tout en rapport avec les salaires contemporains,avec le coût de l'existence.

Je les ai infériorisés exactement comme le château qui leur *donne* du bois, comme le richard qui les *régale*, comme le bistro qui leur *offre* une tournée : *je les ai mis aux indigents.*

Et ça n'est pas leur place........ moralement !

Je peux bien revenir là-dessus. Par exemple je peux demander, par toutes voies utiles y compris le *Concours médical*, qu'on augmente leur solde et qu'on leur défende toutes ces mendicités ..... simultanément.

Simultanément aussi qu'on supprime ma future médaille avec la lettre d'éloges.

Mais je n'ai plus, du moins il me semble, le droit de les plaquer.... par une démission personnelle ou par une démission collective.

J'ai bien moins le droit de demander au gouvernement (qui ne paie point) le quart de place sur les chemins de fer (qui endosseraient ainsi une dette publique).

Et, si je demande la légion d'honneur en cette occurrence, ce devrait être, faisant lot avec les déjà nommées médailles et lettres élogieuses, au profit des actionnaires des compagnies de chemin de fer, puisqu'ils sont promus, en mon lieu et place, bienfaiteurs des gendarmes.

Or, c'est sur ce point qu'errent gravement nos confrères « de la gendarmerie ».

Je connais des gens qui ne se soucient point du ruban rouge (1) ; au moins le traitent-ils en conséquence et ne se créent-ils point des titres spéciaux à cette distinction honorifique. J'en connais d'autres, dont sont les rédacteurs de la circulaire de Sommières, qui désirent ce ruban ; au moins ceux-ci doivent-ils honorer cet objet de leur désir.

(1) Sur la circulaire que j'ai reçue, la candidature des médecins-gratuits de gendarmes à la Légion d'honneur vient en bonne place.

Je dois me placer à leur point de vue, puisque je critique leur thèse et je leur dis :

En aucun cas vous ne devez accepter la croix à cinq branches comme pouvant être substituée à une rémunération en argent, comme payant des services qui devraient être monnayés.

Et si la légion d'honneur doit venir à quelques médecins, pour faits exceptionnels, veuillez considérer que ce caractère exceptionnel n'a rien à voir avec nos soins aux gendarmes.

Tous nos confrères, quels qu'ils soient, où qu'ils exercent, mais par le seul fait de leur exercice de la médecine la plus ordinaire, la plus terre à-terre, même la mieux rémunérée en argent, ont acquis ou vont acquérir des droits « à la marque de l'honneur et du dévouement ! ».

Tous, un jour et plusieurs jours, ont compromis leur santé, risqué leur peau au service du prochain. Tous passent une notable partie de leur vie, consacrent le meilleur de leur effort au bien d'autrui.

Tous exactement compromettent leur pain quotidien en faisant des prescriptions d'hygiène, *en raréfiant les maladies dont ils vivent*, sans ristourne pécuniaire possible.

Donc en tant qu'il y a des médecins qui sont « de la gendarmerie », et d'autres qui n'en sont pas, nous sommes très mal venus, nous qui en sommes, à nous prévaloir d'une apparence de titre spécial. Ça n'est pas là, non vraiment, que gît notre commun mérite.

Partant, une seule voie nous est ouverte pour nous sortir de la mauvaise ornière où nous sommes, les gendarmes et nous ! C'est qu'un Congrès des praticiens prenne en mains notre affaire, saisisse les pouvoirs publics de cette situation quasi-immorale et nous fasse sommation, à nous autres *les coupables d'un privilège* d'abandonner ce privilège. Avec les délais nécessaires pour que la solde des gendarmes soit élevée au niveau des appointements d'un charretier, *avant* que nous les mettions dans la gêne en leur présentant nos notes d'honoraires.

Que le Syndicat de Rambouillet me dise : Ou bien je t'expulse de nos rangs comme un faux-frère, ou bien tu vas cesser tes agissements nuisibles au bien de la corporation. »

Alors je préviendrai les gendarmes, *un peu*, et ceux qui les paient si mal, *beaucoup* !

J'ai dit, mais en mon nom personnel, car le Syndicat n'a point délibéré sur ce sujet.

Jean Camescasse.

La valeur actuelle de la déclaration des maladies contagieuses

Monsieur le Directeur,

Au *Concours Médical* qui s'occupe si activement de l'amélioration générale, j'adresse le document suivant. Il n'a pas la prétention d'innover ou de découvrir le Pérou. Il veut seulement attirer l'attention sur un phénomène dangereux, par le récit d'une observation authentique.

Depuis 4 années qu'une épidémie de scarlatine a régné ici, j'ai observé de temps en temps des cas nouveaux. Quelle était l'origine ? Elle était imprécisable naturellement. Je fus amené à me dire qu'il devait y avoir nécessairement des cas ignorés, dans les milieux écoliers, qui entretenaient le mal. Je résolus d'observer.

Le hasard m'a servi cette année. Je fus appelé dans une famille pour un enfant malade : scarlatine qui fut vérifiée par l'évolution absolument classique. Dans la même maison habitaient d'autres familles (milieu ouvrier pauvre) qui m'honoraient déjà de leur clientèle et qui avaient des enfants. Les frères et sœurs du malade soigné furent contagionnés. Mais je ne fus pas appelé dans les deux autres familles.

Cependant j'avais averti une personne dévouée et honorable d'observer ce qui se passerait. Elle me signala que les enfants des familles co-locataires tombèrent malades et qu'aucun confrère ne fut vu chez elles. De plus, environ 7 semaines après, une de ces 2 familles m'amena un enfant atteint d'albuminurie. J'interrogeais sur les antécédents : « Oh oui ! il a été malade comme les enfants des gens d'en haut que vous avez soignés ; nous ne vous avons pas appelé : ce n'était pas la peine puisqu'il ne fallait pas de pharmacie ; nous avons donné comme eux du lait, de la tisane et des bains ». C'était un aveu sans détour.

Conclusion : Il y a 7 enfants malades d'une maladie qui les frappe les uns après les autres. Le 1er cas est déclaré. Les frères et sœurs tombent malades et n'échappent pas à la déclaration parce que le médecin traitant revoit plusieurs fois son premier malade. Soit trois déclarations. Les quatre autres enfants des voisins sont malades, ne voient pas de médecin et ne sont pas déclarés. Soit donc plus de la moitié des cas qui échappent au contrôle !

Peu m'importe la valeur des statistiques officielles.

Mais je me demande avec terreur comment arriver à enrayer ce fléau, à éteindre ce feu couvant sous la cendre et qui peut se réveiller en incendie à tout instant. J'ai la conviction, solidement établie, sur ce fait, que la déclaration légale n'est qu'un trompe-l'œil et qu'elle donne aux pouvoirs officiels une sécurité dangereuse.

A propos de ces cas, je pourrais ajouter bien des choses : la reprise de l'école, la fréquentation dans une collectivité, des parents, la virtualité de la désinfection, etc. Il ne m'appartient pas de dire quoi que ce soit sur cette médecine publique, n'en étant pas dignitaire.

J'ai pensé tout simplement que ce document pourrait aller dormir dans vos cartons de réforme en attendant une nouvelle ébullition des hautes sphères sur ce grave sujet. Peut-être y voisinera-t-il avec des documents du même genre. Tout cela c'est de la poudre pour les futures conquêtes de l'hygiène publique.

Je vous prie d'agréer, Monsieur et cher confrère, mes bien confraternelles salutations.

Dr Bruneau.

REPORTAGE MÉDICAL

Emploi abusif du titre de docteur par un docteur en pharmacie.— Un pharmacien, docteur en pharmacie, propriétaire d'une spécialité, se sert, pour la publicité, de son titre de docteur sans le faire suivre des mots «en pharmacie», à tel point que parmi les lettres de félicitations ou de remerciements émanant de médecins naïfs et figurant sur ses propectus, certains sont adressés au « cher confrère » ou au « très honoré confrère ».

Après un exposé de vues auquel prennent part Me Groslard, MM. Philippeau, Noir, Ramonat, Levassort, le Conseil décide de saisir le président de

l'Association des docteurs en pharmacie et, dans le cas où satisfaction ne serait pas obtenue, de publier les pièces dans les journaux, où elles indisposeraient certainement le corps médical contre les produits visés.

Le diplôme spécial de médecine légale. — Dans une de ses dernières séances la Société de médecine de Bordeaux protestant, après le Congrès des Praticiens, contre le diplôme susdit, a voté à l'unanimité que les Facultés de médecine devraient organiser l'enseignement de la psychiatrie sur des bases telles (stage, examens spéciaux) que désormais les médecins praticiens fussent tous en mesure de rédiger en connaissance de cause un certificat d'internement.

Asiles d'aliénés de la Seine : Recrutement des médecins. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur, vu la délibération au conseil général de la Seine en date du 26 décembre 1906 ; vu le rapport du préfet de la Seine en date du 21 mars 1907, arrête ;

Art. 1er. — Le préfet de la Seine est autorisé à recruter par concours spécial les médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

Art. 2. — Seront admis à prendre part *au concours* les *médecins en chef* et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans.

Art. 3.—Les conditions du concours et la composition du jury seront fixés par un arrêté ministériel.

Art. 4.—Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique et le préfet de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté. Fait à Paris, le 31 juillet 1906. G. CLÉMENCEAU.

Legs du professeur Grancher. — Le professeur Grancher a légué à l'œuvre pour la préservation contre la tuberculose qu'il avait fondée un titre de rente de 20.000 francs.

Nomination. — M. Barthès (de Perpignan) membre du « Concours Médical » a été nommé correspondant du ministère de l'Instruction publique. Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Un médecin communal. — Le Conseil municipal d'une commune qui ne possède aucun médecin attitré peut-il tenter d'attirer un docteur en médecine en proposant d'offrir à celui qui viendra s'y établir un traitement fixe pendant quelques années?

Une commune de la Haute-Garonne avait pris cette initiative. Mais plusieurs contribuables ont demandé au Conseil d'Etat de la déclarer illégale et ils viennent d'obtenir gain de cause.

Le Conseil d'Etat a jugé, en effet, que la loi ne permet aux conseils municipaux que d'organiser l'assistance médicale gratuite des indigents conformément à la loi du 15 juillet 1893.

S'ils peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, intervenir pour procurer des soins médicaux aux habitants qui en sont privés, ce n'est pas le cas dans la commune. Il en résulte que le Conseil municipal a excédé ses pouvoirs en allouant un traitement annuel à un médecin chargé de soigner gratuitement tous les habitants pauvres ou riches indistinctement.

Hommage au Dr Rabuel. — Les Normands de Paris, voulant rendre un suprême hommage au Dr Rabuel, ont décidé d'élever un buste sur sa tombe dans le cimetière de Carolles (Manche), où il est inhumé.

Les médecins qui voudraient prendre part à cet hommage pourraient envoyer leur cotisation à M. Chauvet, 88, avenue de Breteuil.

Hommage au Dr Lucas-Championnière. — Les amis et les élèves de M. Lucas-Championnière, désirant célébrer sa nomination au grade de Commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir une plaquette dont l'exécution a été confiée à notre confrère Paul Richer.

Le président d'honneur du Comité est lord Lister; le président, le professeur Guyon.

Les confrères qui voudraient prendre part à cette manifestation de profonde estime et d'affectueuse sympathie peuvent adresser leur cotisation à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. (Tout souscripteur d'une somme de 24 francs aura droit à une plaquette de bronze.)

Faculté et Hôpitaux.

Deux cours de pratique obstétricale auront lieu sous la direction de M. Lepage, agrégé, avec le concours de MM. Coudert et Cathala, chefs de clinique, Lequeux, chef de laboratoire et Detry, ancien interne des hôpitaux ; l'un au mois de septembre, l'autre au mois d'octobre. Chacun de ces cours commencera le 1er du mois et comprendra 24 leçons. Il aura lieu tous les matins à 10 h. 1/4, le dimanche excepté. Le cours du mois de septembre sera fait par MM. Coudert et Devraigne, celui du mois d'octobre par MM. Coudert et Cathala.

M. Wallich, agrégé, commencera, le mercredi 21 août 1907, à 10 h., à la clinique Baudelocque, une série de conférences de clinique obstétricale. Ces conférences auront lieu les mercredis et vendredis.

M. le docteur Lesné a commencé, le samedi 10 août, à 10 h. 1/2 des leçons de clinique et de thérapeutique infantile et les continuera les samedis suivants à la même heure, pendant les mois d'août et de septembre.

M. le docteur Sergent fait tous les matins à neuf heures 1/2, au lit du malade, des démonstrations et exercices de médecine pratique du 8 août au 10 septembre et du 1er au 15 octobre.

M. le docteur de Massary fait, à la Charité, à partir du 15 août, les mardis et jeudis, de 10 à 11 heures, des conférences pratiques sur l'examen et le traitement des cardiaques (salles Cruveilhier et Corvisart).

M. le docteur Gasne, commencera à l'hôpital Beaujon, le mardi 3 septembre, à 11 h., des conférences sur la séméiologie du système nerveux (intelligence, sensibilité, réflexes, mouvements, langage, circulation et trophisme) et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

M. le docteur Robineau fait à l'hôpital Beaujon, du 15 août au 15 septembre, les mercredis et vendredis à 10 h., des démonstrations de gynécologie avec examen clinique. Se faire inscrire dans son service à l'hôpital Beaujon.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 34 | Dimanche 25 AOUT 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Lettre ouverte à M. le Dr Gassot.

Mon cher confrère,

Dans le *Concours médical* du 11 courant, vous critiquez et vous rejetez violemment l'idée que j'ai émise en 1906 au Congrès d'hygiène de Tourcoing de choisir des *Dames visiteuses* qui pourraient être, dans les villes et dans les campagnes, les auxiliaires, les *assistantes* des médecins chargés par la loi Roussel de contrôler l'élevage des enfants du premier âge.

J'accepte volontiers la discussion, je crois même qu'une innovation pratique telle que celle que je propose ne peut faire son chemin dans les esprits sans avoir été combattue. Mais il me semble que vous franchissez les bornes ordinaires de la contradiction lorsque vous avancez que « *de gaieté de cœur*, je vais créer un nouvel organe d'exercice illégal....., que je *veux contribuer à accélérer votre ruine*..... » Les nombreux praticiens qui m'honorent de leur sympathie ou de leur amitié savent bien, qu'étant *l'un des leurs*, je suis aussi pénétré que quiconque des devoirs de la solidarité médicale, et ils souriront de vous voir me prêter légèrement d'aussi noirs desseins.

Mais abordons la question technique qui seule doit intéresser vos lecteurs. J'ai cru devoir répondre dans un grand quotidien et plus complètement dans *la Clinique infantile* (1) à un article important publié en tête du *Journal* (2) par notre confrère, le Dr Toulouse, qui s'était fait le porte-parole de M. Mirman, directeur de l'Assistance publique, pour recommander la création des consultations de nourrissons dans tous les départements.

M. Toulouse disait entre autres choses que les conseils généraux doivent aider les communes les plus pauvres dans les menues dépenses, et il ajoutait : « l'Etat voudrait persuader aux *mères fortunées* que leur intérêt est de venir aux consultations. Le devoir pour elles, les plus éclairées, est de montrer aux pauvres moins instruites l'exemple de la soumission à un conseil rationnel ».

Devait-on laisser propager de telles idées émanant de l'autorité administrative sans les réfuter ? Cette *invitation officielle* aux mères fortunées de se rendre aux consultations ne lésait-elle pas les intérêts des praticiens ? J'ai donc répondu qu'on devait savoir gré à l'Etat de ne pas abuser de sa toute puissance en imposant à la classe aisée le médecin qu'il aura choisi pour contrôler l'élevage des enfants pauvres. J'ai cher-

(1) Le contrôle de l'élevage des enfants du premier âge (*Clinique infantile*, 1er août 1907.)
(2) La culture des nourrissons. (*Le Journal*, 8 juillet 1907.)

ché aussi à établir qu'on faisait fausse route en voulant substituer dans les campagnes l'inspection collective des bébés à la visite individuelle à domicile et que la consultation de nourrissons, qui rend de grands services lorsqu'elle est annexée aux maternités et à nos gouttes de lait populaires dans les villes, serait impraticable dans les villages. Sur ce seul point d'ailleurs, nous sommes d'accord, je n'y insiste donc pas. J'arrive à mon projet de diplôme de *dame visiteuse* qui vous a fait frémir d'horreur, que vous comparez au diplôme Bouchard et qui serait une grave menace pour l'avenir de notre profession !

Vous repoussez entièrement le concours de la femme pour la surveillance initiale des bébés et vous dites : « Pour une qui pourra remplir son rôle d'une manière intelligente et rester dans la sphère que certainement, dans votre esprit, vous lui attribuez, vous en aurez *cent* qui auront la prétention de substituer leur savoir et leur expérience au savoir et à l'expérience du médecin, qui critiqueront ses conseils, qui entreront en conflit avec lui ». Les petits enfants appartiennent cependant quelque peu à leur mère et il est impossible de contester aux femmes la compétence et le dévouement pour les soins qui ne sont pas purement médicaux et qui sont cependant si nécessaires dans les premiers mois de la vie. Ecoutez notre distingué confrère, le Dr Plicque, qui vous dit dans son travail sur la dépopulation des campagnes : « La surveillance des nourrissons y est particulièrement difficile et délicate. Les visites des médecins-inspecteurs sont forcément trop espacées. Pour avoir un contrôle plus continu, la Belgique a fait appel aux sages-femmes et même aux institutrices, l'Allemagne utilise un corps de diaconesses. Plus les femmes participeront à la surveillance et plus celle-ci a chance d'être efficace. Même avec une instruction beaucoup moindre, les femmes ont un instinct mystérieux pour deviner la première souffrance des petits enfants ».

J'ajouterai qu'en 1906 en Angleterre, la Conférence nationale de la mortalité infantile a demandé au premier ministre qu'on légalisât la nomination des inspectrices choisies par le *Medical officer of health* pour aller visiter les petits indigents à domicile.

A Paris, il y a déjà bien longtemps que nous avons des *dames visiteuses* pour les petits enfants, nommées par le préfet de police, et des *dames déléguées* désignées par le directeur de l'Assistance.

Ces dernières doivent être pourvues du *diplôme d'infirmière*. La préfecture de police n'exige de ses *dames visiteuses* aucune connaissance spéciale montrant qu'elles sont aptes à remplir leurs fonctions. C'est précisément pour limiter le favoritisme dans les choix, que j'ai proposé la création d'un diplôme spécial de puériculture au cas où l'on organiserait aussi dans les campagnes le service auxiliaire des dames visiteuses.

Je n'ai pas méconnu d'ailleurs les difficultés qui pourraient surgir et je m'exprimais ainsi dans ma communication de Tourcoing : « Il faudrait que la nomination des dames visiteuses fût faite par le préfet, sur la présentation et avec l'agrément du médecin inspecteur de la circonscription. Le service de la dame visiteuse devrait être *subordonné* à l'autorité du médecin-inspecteur dont elle serait l'auxiliaire, l'*assistante*, en quelque sorte. C'est à ces conditions seulement que le concours féminin dans la surveillance des bébés pourra être étendu avec fruit ; car mieux vaudrait rester dans le *statu quo* que de créer à côté et en dehors des médecins, des inspectrices indépendantes et même insubordonnées qui sortiraient peut-être de leur rôle pour empiéter sur un domaine qui ne serait pas le leur. Une sage réglementation devrait être mûrement étudiée pour bien fixer les rapports réciproques du médecin et de la dame visiteuse, de manière à assurer le *modus vivendi* le plus acceptable pour les deux ».

En fait, la création des *dames visiteuses* ne serait que l'application régulière et stricte du règlement d'administration publique de la loi Roussel, instituant des commissions locales de surveillance « comprenant nécessairement deux mères de famille et un ministre du culte ». Ces commissions n'existent et ne fonctionnent à peu près nulle part.

Déplorant la pléthore professionnelle, vous dites : « Le médecin est trop souvent inoccupé, pourquoi ne pas vous adresser à lui? » Vous savez cependant aussi bien que moi que les soins de propreté qu'exige l'hygiène infantile et qui prémunissent le bébé contre des accidents graves, sont plutôt du ressort de la femme. Le praticien chargé d'inspecter toute une circonscription, ne peut cependant pas faire tous les jours une visite de plusieurs kilomètres pour s'assurer si les biberons sont bien tenus. C'est là une besogne qu'il doit laisser à d'autres. Quant aux honoraires alloués jusqu'à présent aux médecins, ils sont tellement *infimes* qu'on doit se demander s'il ne serait pas préférable de les reporter sur des visites qui pourraient être plus espacées, si la surveillance était complétée par une *dame visiteuse*. Le Dr Herland me disait dernièrement qu'à Rosporden, en Bretagne, il recevait un franc pour des déplacements à dix kilomètres.

Je ne partage pas, et pour cause, votre confiance dans l'*activité parlementaire* pour améliorer le sort des médecins.

Vous rappelez que notre confrère le sénateur Labbé a déposé sur le bureau du sénat un projet de révision de la loi Roussel. Il est probable qu'il y dormira des années encore, et ce n'est sans doute ni votre intervention ni la mienne qui en hâteront la discussion. Les choses vont plus vite lorsqu'il s'agit de porter à 15.000 fr. l'indemnité des sénateurs et des députés.

En terminant, mon cher confrère, je vous remercie de m'avoir fourni l'occasion d'exposer mes idées sur cette question du contrôle des enfants du premier âge, qui a pris gravité spéciale dans notre pays qui va se dépeuplant. Peut-être n'auriez-vous pas écrit votre article tel quel, si vous eussiez été mieux documenté sur mes « *méditations* » comme vous le dites. Il est vrai que votre article est une lettre de vacances. Je ne vous aurais certainement pas refusé, si vous me les aviez demandées, tous les renseignements qui auraient pu vous être utiles.

Allons, avouez, mon cher confrère, que vous êtes allé un peu loin en invoquant *le spectre de la misère professionnelle*, à propos d'un projet de diplôme qui serait à peu près aussi dangereux

pour nous que le certificat que l'on délivre aux infirmières ou aux dames de France.

Bien sincèrement,

Dr G. VARIOT,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
Bréhat, le 14 août 1907.

Jamais je n'ai songé à mettre en suspicion les intentions de M. le Dr Variot, qui, je le répète, sont certainement excellentes — mais l'enfer, on le sait, est pavé des meilleures intentions.

Si nous vivions dans un monde intelligent, dépourvu de passions, où le vrai et le bien seraient les règles uniques, je serais peut-être d'accord avec M. Variot : mais notre confrère sait si le milieu dans lequel nous nous trouvons répond à ces conditions.

J'ai, pendant trente années, à la campagne, surveillé les enfants du premier âge en exécution de la loi Roussel et je les surveillais auparavant au nom de la Société protectrice de l'enfance, j'ai donc quelque compétence en la matière : eh bien ! j'ai voulu, moi aussi, avoir des dames visiteuses et j'y ai bien vite renoncé,car ou bien elles ne visitaient rien,ou bien leurs visites étaient plutôt nuisibles.

Elles n'avaient pas de diplôme ? Voyons, croyez-vous réellement à ce nouveau parchemin ?

Écoutez le Dr Hervé, du sanatorium des Pins, qui m'écrit :

Pour faire suite à votre article de ce jour dans le *Concours*, voulez-vous savoir la valeur énorme, mirifique de diplômes remis aux *dames visiteuses,* aux *dames infirmières* ou à toutes autres dames?

Un jour que j'étais en quête pour mon établissement d'une infirmière,je reçus la visite d'une jeune fille de bonne famille qui se présentait à moi avec un diplôme de la Croix-Rouge.— J'étais conquis et immédiatement enrôlais la brave infirmière. Deux jours plus tard,comme je restais ébahi de son ignorence en matière de soins médicaux les plus élémentaires,ellem'avoua ingénument qu'elle avait suivi *deux cours* à la Croix-Rouge, après quoi on lui avait fait faire un cataplasme et on lui avait délivré son parchemin. Et voilà.

M. le Dr Variot qui, à ce propos,parle de l'Angleterre,oublie-t-il que,de l'autre côté du détroit,quand une femme peut avoir un diplôme d'infirmière, elle doit passer trois années à apprendre ?

Le Dr Variot ne peut vouloir des dames visiteuses que signale le Dr Hervé. Trouvera-t-il, pour exercer gratuitement leurs fonctions, beaucoup de dames à la mode anglaise ? Alors que prendra-t-il ?

Non, mon cher confrère, ma lettre « de vacances » ne pouvait songer à vous désobliger peu ou prou : c'était le seul résultat que j'envisageais, et, certes si ce résultat, comme j'en ai l'entière conviction, se produisait, ce serait contre votre gré, contre vos intentions, mais il n'en serait pas moins atteint, et j'ai simplement voulu crier : gare !

A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses.

M.le Dr VILLEMIN a fait récemment à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, un rapport au sujet du traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses.Ses conclusions sont les suivantes :

I.Les adénopathies tuberculeuses dures,de petit volume, mono ou polyganglionnaires, ne sont justiciables que du traitement médical,

II.Les adénites hypertrophiques,appartenant à la forme lymphomateuse,désignées parfois sous le nom de lymphadénomes bénins, doivent être enlevées chirurgicalement. Ces masses mono ou polyganglionnaires le plus souvent, atteignant parfois un énorme volume;souples,mobiles,indolentes,ne déterminant aucun trouble fonctionnel, ni compression de voisinage, sont de nature tuberculeuse, comme le prouvent les petits points caséeux minuscules qu'on y trouve et les résultats positifs des inoculations aux animaux. Contre elles, le traitement général ne peut rien ; on a opéré des jeunes filles qui avaient passé des années à la campagne ou au bord de la mer, dans des conditions hygiéniques parfaites,soumises aux médications iodurées et arsenicales, sans en avoir retiré aucun bénéfice.Les injections modificatrices qu'il faudrait faire à leur intérieur, devraient être trop nombreuses pour qu'on pût conserver l'espoir qu'aucune d'entre elles n'aboutirait à une fistule.Que faire avec les injections en présence d'une masse ganglionnaire semblable à celle qui, dans un cas personnel, a donné plus de trois cents grammes de ganglions ?

Ajoutons que l'extirpation est simple,par une très petite incision de cinq à six centimètres au plus ; un plan de clivage toujours très net est facile à suivre avec les ciseaux ; la dissection des vaisseaux et des nerfs est aisée,parce qu'il n'y a pas de périadénite, ni d'adhérences d'aucune sorte. La guérison se fait en dix à douze jours,avec une cicatrice peu apparente,dissimulée, haute sous le bord de la mâchoire, basse devant le sterno-mastoïdien.

III.L'adénite est caséeuse.

1° Un seul ganglion est pris.On peut pratiquer soit l'injection,soit l'extirpation.Le premier procédé est lent,mais ne laisse pas de trace ;le second est rapide,mais comporte une cicatrice apparente.L'apparition semble donc varier suivant les régions : à la région cervicale,les injections ont en général les préférences ; aux régions axillaire, inguinale,et surtout épitrochléenne, l'extirpation rallie presque tous les suffrages.

2° Les ganglions caséeux sont multiples.Pourra-t-on, à l'aide des injections, les faire suppurer pendant des mois,et affirmer que sur le nombre aucun ne se fistulera ? Il sera impossible, sans courir de grands dangers, de s'attaquer à ceux de la profondeur.Et si, sur le retard,on se résoud à l'extirpation, on aura créé par les injections, une gangue périadénitique pure qui la rendra très la-

borieuse. Pour toutes ces raisons, le procédé sanglant nous paraît préférable.

IV. L'adénopathie est franchement suppurée. Qu'elle soit mono ou polyganglionnaire, l'injection est ici le traitement de choix. Nous nous garderons toutefois d'imiter ceux qui, de parti pris, font suppurer les ganglions indurés pour les soumettre à cette méthode.

Si à l'adénite suppurée froide se superpose une infection à microbes pyogènes, si l'affection évolue comme un abcès relativement chaud, il n'y a plus qu'un traitement, c'est l'incision franche, suivie du curettage de la poche. Ce n'est pas davantage une raison pour traiter les adénites ramollies, comme Janson (de Stockholm), par les injections de culture atténuées de streptocoques.

V. L'adénite est fistuleuse. On ne peut plus espérer la guérison sans cicatrices disgracieuses, gaufrées, déprimées, inégales. Pendant des années, les trajets se ferment et se rouvrent. Autour de ces foyers apparaissent d'autres petits ganglions que l'infection mixte ne tarde pas à gagner, et qui suppurent à leur tour. Les injections modificatrices n'aboutissent à rien. Le traitement médical échoue presque toujours et, par exception, ne réussit qu'après des années de soins persévérants et dispendieux qu'il n'est pas donné à tous les malades de pouvoir s'offrir. L'extirpation constitue la thérapeutique la plus raisonnable ; elle doit être absolument complète et ne laisser aucun ganglion, si petit que soit son volume, quelque soit sa situation. Ce n'est qu'en cas d'impossibilité technique absolue, qu'on se résoudra à faire le curettage de la coque ganglionnaire.

Les lavements d'eau ordinaire dans les hémorrhagies du post-partum

Notre spirituel confrère, le Dr J. Camescasse, combat, dans le *Journ. de méd. et de chir. pratiques* de Championnière, les habitudes que les jeunes confrères apportent de l'Ecole et qui consistent à appliquer systématiquement au traitement des hémorrhagies du post-partum les injections de sérum artificiel.

« Je ne parle pas, dit-il, du traitement des hémorrhagies secondaires aux grandes interventions chirurgicales sur l'abdomen, n'ayant aucune expérience sur ce point, mais je parle des hémorrhagies liées aux fausses couches et des hémorrhagies de l'accouchement et des hémorrhagies consécutives aux traumatismes des membres ou du crâne. J'en parle, parce que j'en ai vu un nombre assez grand pour être fixé.

Et je dis qu'il est tout à fait inutile de s'empêtrer de l'idée de faire une injection sous-cutanée ou intra-veineuse ; qu'il est plus inutile encore de s'empêtrer du matériel onéreux indispensable à cette pratique ; pour cette bonne raison qu'un simple lavement d'eau remplace *avantageusement* toutes ces choses..... à la campagne.

Volontiers j'ajouterais « et à la ville aussi », mais ici encore je n'ai pas l'expérience.

Ce qui me décide à parler, ce n'est point l'échec remarquable du fameux *lavage du sang* qui fit florès l'an passé ou bien à la fin du siècle dernier. Non, ce qui me décide, c'est que je viens de voir la grosse et très honorable inquiétude d'un de mes confrères qui, en un hameau éloigné de deux ou trois lieues de tout pharmacien, s'est, pour ses débuts, trouvé surpris par un collapsus hémorrhagique du post-partum.

Voici l'observation résumée :

Primipare, présentation du siège complet ; inertie utérine (allant jusqu'à la persistance d'un anneau ferme du col de l'utérus trente-six heures après le début des douleurs); chloroforme ; utilité d'une application de forceps pour ouvrir le col ; extraction manuelle facile ; délivrance spontanée immédiate, mais hémorragie très abondante ; état sub-syncopal, pouls petit, incomptable.

Evacuation de quelques rares caillots; massage doux de l'utérus ; naturellement, l'eau bouillie n'est pas chaude, en raison du désordre qui règne dans cette maison pauvre ; seigle ergoté ; enfin on a de l'eau chaude.

L'écoulement du sang paraît s'arrêter pour reprendre bientôt ; injection très chaude......, la femme est dans un tel état qu'elle proteste à peine.

C'est ici que mon confrère me marque son gros ennui de n'avoir ni son sérum, ni son injecteur.

— Nous ne pouvons pourtant pas voyager « avec un wagon de matériel derrière nous. »

Et il me marque quelque surprise quand je lui dis :

— « Il reste de l'eau dans le bock ! Donnez-lui un lavement ».

— Je vais ajouter du sel ? »

— Inutile ! Allez seulement lentement. »

Et j'enlève la patiente par les jambes pour faciliter l'accès de la voie anale.

La malade *boit* ainsi, un peu vite encore, un demi-litre de cette eau quelconque qui se trouvait, ce jour-là, être de l'eau bouillie.

Juste un quart d'heure après le commencement du lavement, mon confrère compte cent pulsations d'un pouls qui est presque plein. Il n'y avait d'ailleurs qu'à regarder notre victime au visage pour constater la résurrection.

D'heure en heure, ou à peu près, deux ou trois autres lavements furent donnés et ce fut tout ; par docilité envers l'Ecole, je crois bien qu'il y fut mis du sel.

Mais comme de 1895 (*Journal de médecine et chirurgie pratique*, 25 mai 1895) à ce jour, j'ai eu le temps de substituer la voie anale aux voies hypodermique et intra-veineuse quelque deux ou trois douzaines de fois, je peux assurer qu'il n'est indispensable ni que l'eau soit bouillie, ni qu'elle soit salée.

Je préfère cependant l'eau bouillie. Je ne préfère pas du tout l'eau salée : mon *impression* étant que l'isotonisme (a *fortiori* l'hypertonisme) retarde l'absorption.

Mais pour juger de ces finesses, il faut d'autres conditions que celles où nous intervenons. Je trouve qu'il est déjà très beau et qu'il est profondément *réconfortant* de savoir qu'on peut, par une manœuvre aussi simple, faire revivre qui va mourir d'hémorrhagie.

Il n'est pas indifférent d'ajouter qu'on peut facilement constater le retour de l'énergie en explorant le fond de l'utérus ; parallèlement au relèment du pouls on sent se durcir le globe utérin : ce qui est, ne l'oublions pas, le signe que l'on en a fini avec l'inertie et le moyen naturel de terminer les hémorrhagies dans ce cas. »

Les métaux colloïdes électriques à petits grains.

M. Iscovesco, dans un article récent (*Presse Médicale*), distingue deux variétés de colloïdes suivant la méthode employée pour les obtenir ; les colloïdes électriques et les colloïdes chimiques. Les premiers présentent surtout un grand intérêt, car ils permettent d'étudier sur l'organisme un métal unique et absolument pur. Ils ont été l'objet depuis quelque temps de travaux expérimentaux nombreux et d'observations cliniques intéressantes.

Au point de vue expérimental, MM. Caussade, Joltrain, Chirié et David se sont particulièrement occupés de la question. C'est ainsi que *in vitro*, on a reconnu le puissant pouvoir bactéricide de l'argent électrique à petits grains. Cet argent à petits grains possède une teneur d'un pour quatre mille sur le pneumo-bacille. Des expériences d'autre part ont été faites sur les animaux ; MM. Victor Henri et Gompel ont vu que des cobayes peuvent recevoir journellement 2 centimètres cubes d'argent électrique pendant deux mois sans présenter aucun trouble. MM. Achard et Weil ont remarqué dans le sang et les organes hématopoïétiques du lapin après l'injection intra-veineuse, des modifications leucocytaires consistant en une leucocytose polynucléaire durant cinq jours et que remplaçait ensuite une mononucléose secondaire avec éosinophilie.

Au point de vue clinique la médication colloïdale électrique a été étudiée au cours des diverses maladies infectieuses, dans la fièvre typhoïde (Galliard), Iscovesco), dans la pneumonie (Léon Bernard, Cavadias) dans la fièvre puerpérale (Chirié et David). Les injections peuvent se faire intra-veineuses (5 à 10 centimètres cubes). On a remarqué que principalement au cours de la fièvre typhoïde, l'évolution de la maladie était beaucoup plus courte, que les abaissements thermiques obtenus par les bains sont beaucoup plus grands. (*Année médicale de Caen*).

Dans deux cas de fièvre puerpérale, le succès a été évident.

Il en est de même encore dans 15 cas de grippe traités par la méthode intra-musculaire: les symptômes asthéniques consécutifs à la grippe ne se sont pas manifestés. Dans la tuberculose, l'insuccès a été complet.

Voilà donc une nouvelle médication qui semble naitre sous de favorables auspices ! (Dr Léger).

Sa parfaite innocuité est reconnue, à condition que l'injection soit stérilisée et isotonique. De plus la technique de l'injection est très simple. Le collargol électrique peut-être introduit directement dans les muscles, contrairement au collargol chimique qui, lui, nécessite souvent la méthode intra-veineuse, plus compliquée et moins inoffensive.

A propos de l'ibogaïne.

Le propre des médicaments de réelle et heureuse efficacité est de susciter, sans retard, des imitations et des contrefaçons qui escomptent, pour réussir à se faufiler dans les officines, une confusion d'origine et une similitude de terminologie. L'Ibogaïne n'a pas échappé à la loi de la concurrence douteuse. Dès que ses propriétés éminemment réparatrices, stimulantes, tonifiantes ont été bien connues et affirmées par des succès nombreux et réitérés, il s'est trouvé des préparateurs peu consciencieux qui n'ont pas craint d'essayer de substituer d'autres produits ayant sensiblement le même aspect, extrait quelquefois même de plantes d'Afrique comme l'Ibogaïne, l'Yohimbine par exemple, mais en différant totalement au point de vue physiologique. On a même tenté d'introduire aux lieu et place de l'Ibogaïne, des alcaloïdes mal connus, qui ont produit certains accidents toxiques un peu comparables à ceux de la strychnine, et qui par suite sont d'un maniement redoutable. Et cela à cause de la difficulté qu'on a à se procurer de l'ibogaïne dont le prix est élevé.

Afin d'éviter de telles erreurs, il est nécessaire de prescire le Chlorhydrate d'Ibogaïne, sous la forme de Dragées Nyrdhal, dont la formule constante et l'heureuse composition sont dues au Dr Landrin, et qui sont les seuls produits authentiques ayant fait l'objet d'expériences à la Faculté de Médecine et dans les Hôpitaux de Paris. Ces Dragées, qui font merveille dans tous les états d'asthénie et particulièrement dans la neurasthénie post-grippale, se prescrivent à la dose de 2 à 6 par jour.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le professeur A. Robin.

Traitement du diabète.

Le diabète a donné lieu à une douzaine de théories au moins, sur lesquelles deux surtout ont survécu : la théorie du ralentissement de la nutrition et la théorie de l'exagération de la formation du sucre. Si ces notions doctrinales étaient demeurées à l'état de pure spéculation, cela n'eût pas eu grande importance ; mais elles sont allées plus loin, elles ont commandé le traitement. Admettant le ralentissement de la nutrition on a été amené à préconiser une médication stimulante des actes nutritifs. Admettant l'exagération de la formation du sucre, on a été conduit à faire une thérapeutique réduisant l'activité des fonctions nutritives, des fonctions hépatiques, en particulier — traitements entièrement différents, voire opposés l'un à l'autre.

Eh bien ! nous laisserons de côté ces théories qui nous conduisent à des thérapeutiques aussi dissemblables. Au lit du malade il faut s'appuyer, d'ailleurs, non sur des doctrines, mais sur des

faits. Pour baser notre traitement du diabète, nous constituerons, d'après les faits, un schéma thérapeutique type que le médecin appliquera, dans la pratique, en le modifiant selon la forme, l'évolution du cas qu'il aura à soigner, selon le terrain sur lequel l'affection se développe, etc. Je veux vous montrer aujourd'hui les éléments directeurs de ce schéma. J'aurai en vue le diabète type, franc, le diabète floride, laissant de côté le diabète pancréatique où notre action est plus limitée parce qu'il y a lésion, et les formes anciennes où les indications sont souvent modifiées.

Les faits qui vont nous servir de fils directeurs sont au nombre de cinq. Ils sont fondés sur l'étude des échanges organiques. Envisageons-les successivement.

1[er] *fait.* Dans le diabète type, floride, on constate une augmentation de la désassimilation, de l'urée, de l'acide urique. Le diabétique utilise les matières azotées mieux qu'un individu sain.

2[e] *fait.* Les oxydations, loin d'être diminuées, sont augmentées. En voici des preuves. Donnez à un sujet bien portant une dose de 20 gr. de lactate de soude. La quantité brûlée sera seulement de 15 à 16 gr. et vous retrouverez le reste dans l'urine. Je viens de faire la même expérience chez une jeune fille de 16 ans, diabétique, éliminant 500 gr. de sucre. Cette jeune fille a oxydé les 20 gr. de lactate de soude.

Il existe un corps, le benzol ou benzyl, qui, à l'oxydation, produit un autre corps, l'acide phénique. A l'état normal, le coefficient d'oxydation du benzol ingéré est de 30 à 33 %, c'est-à-dire que si l'on donne 1 gramme de benzol, on retrouve 0 gr. 33 d'acide phénique dans l'urine. Eh bien ! chez un diabétique, la proportion s'élève à 0 gr. 40. L'organisme diabétique n'a donc pas perdu son pouvoir oxydant, au contraire.

3[e] *fait.* Ce n'est pas seulement sur les matières azotées et sur les matières organiques non azotées que cette exagération porte. Elle porte aussi sur les sels. Prenons le soufre. Il se présente dans les urines sous trois formes : sulfates soufre conjugué et soufre incomplètement oxydé. Le rapport entre le soufre incomplètement oxydé et le soufre total peut être appelé coefficient d'oxydation du soufre. A l'état normal, sur 100 parties de soufre, 80 à 85 sont complètement oxydées. Chez les diabétiques, j'ai vu le rapport s'élever à 96 %.

De même pour le phosphore. Dans l'urine, on le rencontre sous deux formes : phosphates (complètement oxydé) et phosphore organique. Normalement, on trouve 97 % à l'état de phosphates ; chez les diabétiques, le coefficient d'oxydation du phosphore va sensiblement au-dessus.

Ainsi, qu'il s'agisse de matières azotées, ternaires, aromatiques, minérales, l'oxydation est augmentée dans le diabète.

4[e] *fait.* L'hémoglobine du sang, chez le diabétique, est quelquefois accrue ; elle n'est jamais diminuée. Quand vous exposez le sang d'un diabétique à l'oxygène, vous êtes frappés de l'avidité particulière du sang pour ce gaz.

5[e] *fait.* Les échanges respiratoires, loin d'être ralentis, sont au moins normaux, dans certains cas supérieurs. Les médicaments qui diminuent ces échanges diminuent le sucre, et réciproquement.

En résumé, tous les actes chimiques de la vie organique sont exagérés chez les diabétiques. Soit dit en passant, je ne vois pas bien cela cadrer avec un ralentissement de la nutrition.

Ce n'est pas tout. Outre cette suractivité générale des actes nutritifs, il y a des suractivités spéciales, des fonctions hépatiques et nerveuses.

On sait que l'urée est un produit dérivé de la nutrition générale. Mais on sait également que le foie exerce sur l'urée une influence. Quand la fonction hépatique est exagérée, l'urée est accrue. L'augmentation du coefficient d'oxydation du soufre et l'augmentation de l'acide hippurique, constatées chez les diabétiques, sont d'autres preuves de l'hyperactivité hépatique.

Quant à l'hyperactivité nerveuse, on la démontre et on la met en chiffres par l'étude du rapport du phosphore incomplètement oxydé et du phosphore total. D'une manière générale, ce rapport s'accroît lorsque l'activité nerveuse est mise en jeu, dans la douleur ou sous l'influence d'une action médicamenteuse, de la strychnine, par exemple. Il s'abaisse, au contraire, pendant une accalmie des douleurs ou sous une influence médicamenteuse inverse, celle du bromure entre autres. Chez le diabétique, le rapport en question monte, indiquant une suractivité nerveuse.

Une conclusion s'impose donc : il existe, dans le diabète, une exagération de tous les actes de la nutrition générale et cette exagération porte principalement sur le foie et le système nerveux.

Si je voulais satisfaire au besoin de synthèse et réunir ces données dans une conception doctrinale, je dirais : on peut concevoir le diabète comme une suractivité de la cellule hépatique due à une incitation partant tantôt du système nerveux, tantôt du mode alimentaire. Le foie a ses aliments stimulants. De même que la viande est l'excitant par excellence de la fonction chlorhydrique et peptique de l'estomac, de même les féculents sont des excitants majeurs de la fonction glycogénique. Une stimulation alimentaire (par les féculents, le sucre), longtemps répétée, peut engendrer le diabète. De même l'excitation traumatique.

Je ne m'attarde pas sur ces déductions théoriques, auxquelles je n'attache pas grande importance, et, m'appuyant sur les faits énoncés, j'envisage maintenant un autre point, le plus important : le traitement.

Le diabète comportant une exagération des actes de nutrition générale, avec excitation des fonctions hépatiques et nerveuses, tout médicament qui aura pour propriété de diminuer l'activité générale, hépatique et nerveuse, devra diminuer le sucre, et réciproquement. Reste à en faire la démonstration. Je vais prendre l'antipyrine. Chez l'homme sain, elle diminue les actes de nutrition générale, le coefficient azoturique, etc. Elle doit, par conséquent, diminuer le sucre chez le diabétique. Et, effectivement, un coup d'œil sur les 3 tableaux ci-dessous recueillis chez un de nos malades montre qu'il en est bien ainsi.

I. - *Action de l'antipyrine sur la nutrition.*

	R.T. (résidu total de l'urine.)	R.O. (résidu organique Désassimilation organique)	R.M. (résidu minéral. Désassimilation inorganique.
Avant l'antipyrine..	98	82	15
Pendant l'antipyrine	59	43	16
Après l'antipyrine..	69	40	19

II. *Action de l'antipyrine sur le système nerveux*

	Coefficient d'oxydation du phosphore.
Avant l'antipyrine............	97,99
Pendant l'antipiryne..........	96,77
Après l'antipyrine..............	97,72

III. *Action de l'antipyrine sur le sucre.*

Avant l'antipyrine.......	57 gr. de sucre
Pendant l'antipyrine.....	18 gr. 9 »
Après l'antipyrine.......	18 gr. 2 »

Prenons l'arsenic. Il ralentit les actes de nutrition générale. Il diminue l'urée, le résidu total. Il diminue, de même, le sucre.

Les alcalins agissent dans le même sens sur la nutrition et sur la glycosurie.

Le bromure de potassium touche peu à la nutrition générale, mais il exerce une action profonde sur le système nerveux. Il amende la glycosurie pour ce motif. Toutefois, c'est un médicament à éviter, car il est dangereux chez les diabétiques fatigués qu'il déprime encore.

La codéine, les opiacés, la belladone, le traitement de Villemin (association de l'extrait thébaïque à la belladone) ralentissent les actes chimiques de la nutrition animale et diminuent le sucre.

Il y a à celà une contre-partie. Je viens de vous montrer que les agents qui réduisent l'intensité des actes de la vie animale réduisent la quantité de sucre. Je vais vous montrer maintenant des agents qui augmentent les actes de cette vie organique et augmentent, en conséquence, le sucre. Il en est ainsi du fer, de la thalline, du pyramidon. A ce point de vue, le pyramidon a un effet inverse de l'antipyrine, bien qu'il en soit très voisin, chimiquement.

La démonstration est faite. Tout médicament augmentant le rapport azoturique et les actes de nutrition augmente le sucre, et réciproquement.

Dans ces conditions, le schéma thérapeutique que nous allons appliquer à nos diabétiques peut être formulé de la manière suivante. Il faut :

1° Soustraire de l'alimentation tout ce qui est capable de produire l'excitation du foie ;

2° Supprimer de l'alimentation le matériel avec lequel le foie pourrait fabriquer du sucre.

Ces deux règles sont connexes. Non seulement les féculents servent au foie à faire du sucre, mais encore ce sont des excitants de sa fonction glycogénique.

3° Ralentir la désassimilation générale, ralentir la fonction glycogénique du foie, à l'aide d'agents médicamenteux qui ont la propriété d'atténuer les actes chimiques de la vie organique et d'atténuer l'activité hépatique par l'intermédiaire du système nerveux.

Je le répète. Je ne m'adresse ici qu'au diabète type et je laisse de côté les modifications liées aux complications, au terrain, aux formes spéciales de la maladie.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Traitement des kératites.

Par A. Trousseau (1).

Médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Appliquer à chaque variété de kératite le traitement qu'elle comporte semble *a priori* chose malaisée, d'un caractère complexe. La classification, que depuis longtemps nous avons adoptée et qui schématise les affections de la cornée, rend moins ardue leur compréhension et facilite l'étude de leur traitement. Si, envisagée au point de vue scientifique pur ou au point de vue bactériologique, notre division n'est pas rigoureusement précise et présente quelques inexactitudes, au point de vue clinique elle n'est point passible de pareil reproche.

L'*étiologie* des kératites permet de distinguer :

1° La kératite primitive ;

2° La kératite secondaire.

La première est celle qui est née sur la cornée, sans l'intervention des organes voisins ; la deuxième est celle qui provient d'une lésion voisine. Dans le premier cas, le traitement sera *cornéen*, dans le second il sera *causal*. Un sujet a-t-il les cils droits, est-il exempt de granulations, de larmoiement, etc., traitement par les collyres, compresses, etc., en somme traitement cornéen. S'agit-il d'une kératite consécutive à des granulations, à du larmoiement, etc., on négligera le traitement cornéen pour n'instituer que le traitement de l'affection initiale.

D'après *leur nature*, les kératites peuvent se diviser en *aseptiques* ou *septiques*. Ne prêtons pas au mot «aseptique» une signification trop rigoureuse et considérons comme cliniquement aseptique toute kératite qui ne présente pas d'infection apparente (pus). Comment traiter les kératites aseptiques ? Simplement par les moyens usuels et classiques (collyres, lavages, compresses aseptiques). Les kératites septiques, au contraire, nécessiteront une antisepsie énergique (lavages antiseptiques, cautérisations, etc.)

En raison de *leur siège*, les kératites peuvent être rangées dans trois groupes :

Les kératites superficielles,

Les kératites interstitielles,

Les kératites profondes.

Suivant leur forme, leur vascularisation, ces groupes se subdivisent en variétés qu'un simple tableau nous permettra mieux de comprendre que les descriptions les plus détaillées.

KÉRATITES ASEPTIQUES :

K. superficielles	K. planes..	non vasculaires.	
		vasculaires.. ..	pannus. K. en bandel.
	K. en saillie	phlycténulaire. herpétique.	
	K. en creux	érosion, ulcère.	

K. interstitielles.

K. profondes.

KÉRATITES SEPTIQUES :

Abcès.

Ulcères infectés.

Ulcères à hypopyon.

(1) Leçon recueillie par le docteur P. Vigier et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 63.

Ce préambule un peu long était indispensable, car il est la clef de ce qui va suivre.

En présence d'un malade atteint de kératite, le praticien doit s'occuper du traitement général qui est secondaire et du traitement local.

Traitement général. — Autant pour sacrifier à la mode que pour être complet, nous consacrons quelques mots au traitement général. Il est de toute évidence que les strumeux bénéficieront dans une assez large mesure d'une médication par les arsenicaux, l'huile de foie de morue, les eaux d'Uriage.

Chez les rhumatisants, le salicylate de soude, les frictions sèches de la peau, le régime, une cure à Vichy pourront être de quelque utilité.

Aux syphilitiques, on devra prescrire le traitement mercuriel, à l'exclusion du traitement ioduré, susceptible de congestionner l'œil. Nous accorderons la préférence aux frictions et aux injections hydrargyriques.

Dans le cas où le malade éprouve de vives douleurs, il faudra recourir aux analgésiques (antipyrine, pyramidon, aspirine, véronal, bromidia), etc. Mais ce sont là banalités auxquelles nous ne saurions nous attarder.

Traitement local.— Avant de préciser quel sera le traitement local des kératites, je tiens à vous dire ce qu'il ne doit pas être, à vous indiquer ce qu'il ne faut pas faire.

Ce qu'il ne faut pas faire. — 1° Ne pas traiter par les *collyres caustiques.* Aucun collyre irritant ne doit pénétrer dans l'œil atteint de kératite. Rappelez-vous que la cornée exige du calme, ne peut pas être brutalisée. Munie d'un épithélium transparent, excessivement délicat, elle redoute toute réaction énergique. Aussi le sulfate de zinc, le sous-acétate de plomb, dont les cristaux restent en suspension dans l'eau et par dessus tout le nitrate d'argent, représentent-ils dans la kératite une médication mauvaise. Parfois le nitrate d'argent, manié avec prudence, pourra être utilisé en attouchements conjonctivaux, mais jamais en collyre.

Pour les mêmes motifs, pas de *poudres.* Pas d'iodoforme ni d'aristol, substances dont l'antisepsie est bien insuffisante, dont les poussières sont irritantes et jouent le rôle de corps étranger.

2° Si la *cocaïne*, en calmant la douleur, vous ménage des succès faciles, elle vous prépare aussi de nombreuses désillusions. Le soulagement qu'elle procure n'est que très éphémère et la chute de l'épithélium qu'elle provoque met la cornée en état de réceptivité.

3° Dans la plupart des cas l'*atropine* est inutile. Son usage prolongé peut produire de l'irritation, déterminer de la conjonctivite. Chez l'adulte qui a dépassé la quarantaine, son maniement est fort délicat en raison de l'hypertension qu'elle provoque.

4° Ni *iode*, ni iodure pour éviter l'inflammation conjonctivale.

5° A rejeter aussi le *vésicatoire* que vous voyez appliquer si fréquemment chez les enfants strumeux. Il est malpropre et parfaitement inutile ;

6° Les *sangsues* ? Quelle influence lointaine peut avoir une saignée sur une membrane qui ne renferme pas de vaisseaux ? Pour donner satisfaction à certains malades, partisans de révulsion, vous pouvez indiquer les badigeonnages iodés sur la tempe ;

7° Presque toujours mauvais le *bandeau* rend impossible l'écoulement des sécrétions, les mouvements palpébraux qui assurent l'élimination des impuretés cornéennes. D'autre part, il refoule les cils en arrière et prédispose au blépharospasme ; il faudra donc le proscrire ;

8° Jamais de *chambre noire*, ni d'obscurité. Atténuez la lumière, mais laissez l'œil dans son milieu normal. Remplacez bandeau et chambre noire par le port de verres fumés.

Cette énumération de procédés thérapeutiques à éviter étant terminée, revenons à l'étude du traitement local et passons en revue chaque variété de kératite.

KÉRATITES ASEPTIQUES

Kératites superficielles. — 1° PLANES. — *Non vasculaires.* — Cette variété, rare d'ailleurs, succède en général à un traumatisme, à un corps étranger ou est la conséquence d'un lagophtalmos, d'un fonctionnement défectueux des voies lacrymales.

Qu'il s'agisse d'un traumatisme ou d'une brûlure, il faudra procéder au lavage aseptique. Si les voies lacrymales sont en mauvais état, on pratiquera suivant le cas le cathétérisme ou des lavages. En présence du lagophtalmos, la meilleure conduite à tenir sera de suturer les paupières.

Le traitement accessoire des parties voisines étant terminé, quel collyre devons-nous instiller ? Si la réaction est presque nulle, nous prescrirons la pilocarpine (1); est-elle très vive, nous donnerons la préférence à l'atropine (2). On ordonnera aussi des compresses chaudes, il suffira de mettre des compresses d'eau bouillie.

Dès que l'inflammation sera dissipée,ou bien, il ne persistera pas de leucome, ou bien on constatera une taie. Dans le premier cas, on cessera tout traitement, dans le second, on procèdera au traitement des taies, qui sera indiqué plus loin.

b. *Kératites vasculaires.* — Pannus ou kératite en bandelette sont les deux types cliniques que revêt habituellement la kératite vasculaire.

Elle est presque toujours secondaire et reconnaît comme causes un corps étranger sous-palpébral, des granulations (pannus supérieur), le trichiasis, l'induration du bord des paupières. C'est une kératite par frottement ; débarrassez-vous donc de la cause qui détermine ce dernier.

Quand la kératite est primitive, on peut d'emblée employer la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, si la réaction est insignifiante. Sinon on aurait recours à la pilocarpine ou à l'atropine. L'oxyde jaune d'hydrargyre sera incorporé dans de la vaseline neutre additionnée à parties égales de lanoline (3) ou bien dans de la vaseline paraffinée. Afin que les grumeaux ne se concentrent pas dans certaines parties, il est indispensable que l'oxyde jaune soit finement porphyrisé et fraîchement hydraté.Si l'exécution de l'ordonnance

(1) Azotate de pilocarpine........ 0 gr. 20
Eau distillée........... 10 gr.
Deux gouttes deux à trois fois par jour.

(2) Sulfate neutre d'atropine...... 0 gr. 05
Eau distillée........... 10 gr.
Deux gouttes une à deux fois par jour.

(3) Vaseline neutre.............. } àâ 5 gr.
Lanoline..................... }
Oxyde jaune d'hydrargyre (fraichement hydraté et finement porphyrisé)........... } de 20 centigrammes à 1 gramme.

Mementos et imprimés divers du " Concours Médical "

BROCHURES DIVERSES

La Réforme des Etudes Médicales. *L'enquête du « Concours Médical » auprès des médecins praticiens et auprès des professeurs de la Faculté de Paris,* par le Dr Lacroix, Secrétaire de la Rédaction du « Concours Médical ». Brochure de 104 pages. Prix : 2 fr. franco.

Les médecins et la mutualité, par le Dr Pierre Darin. Brochure. Prix : 1 fr. franco.

Les honoraires médico-légaux et l'Exercice de la médecine légale, par le Dr Lande. — Franco, 0 fr. 25.

L'inspection médicale des Ecoles, par M. le Dr Jeanne. Prix : 0 fr. 50 franco.

Renseignements pratiques sur la prescription en matière d'honoraires médicaux, par G. Gatineau, avocat à la Cour d'appel, conseil judiciaire du « Sou Médical ». Prix : 0 fr. 10 franco.

Statuts-type d'un Syndicat médical (Syndicat de l'arrondissement de Versailles) et **Comment doit naître et vivre un Syndicat médical.** Les deux plaquettes. Prix : 0 fr. 10 franco.

Les lacunes de la loi sur les accidents du travail. *Exploitation des industriels, des blessés et des médecins. Modifications à insérer dans la loi pour faire cesser les abus,* par le Dr Ch. Diverneresse (de Saint-Mandé), 5e édition. Brochure de 158 pages de texte compact. Prix : 1 fr. 50 franco.

Interprétation de quelques points du Tarif ministériel-accidents, (certificats, pansements, séances de massage et d'électricité). Prix : 0 fr. 10.

Les accidents du travail : Manuel à l'usage de la victime ou de ses ayants-droit, par M. Quillent, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers du département de la Seine. Prix : 0 fr. 15 franco.

Vade-mecum du médecin praticien dans ses interventions pour les **accidents du travail** régis par les lois de 1898-1902-1905, d'après les documents du « Concours Médical » et du « Sou Médical », recueillis par le docteur Duchesne. — Prix : 2 fr. franco.

TARIFS

Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux, par le Dr Jeanne, Rédacteur en chef du *Concours Médical*. 3e Edition, refondue et augmentée. Prix : 0 fr. 75 franco (au profit du « Sou Médical »).

Tarif spécial des honoraires médicaux pour les accidents du travail avec son *Répertoire alphabétique* et les *modifications* apportées par le décret du 26 juillet 1906. Franco 0 fr. 60.

Tarif pharmaceutique, pour les accidents du travail. Franco 0 fr. 75.

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques, prévues par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête les instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Ces quatre sortes d'imprimés sont envoyés franco au prix de :

Les 50	1 fr. 50	Les 500	10 fr. »
Le 100	2 fr. 50	Les 1000	15 fr. »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix de médecin. Prix franco : les 50, 3 fr., le cent, 5 fr.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. Prix franco : 2 fr. 50 les 50 et 4 fr. le cent.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires.) **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront le mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 2 fr. 50 les 50 et 4 francs le cent.

Adresser les commandes accompagnées du montant (en timbres ou mandats) à l'Administrateur du « Concours Médical », 23, rue de Dunkerque, PARIS

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Nous espérons ainsi aider au réveil du syndicat départemental en pleine léthargie.

Notre arrondissement fera marcher les autres et nous pourrons arriver au groupement départemental.

R. — Nous vous faisons l'envoi demandé et nous vous adressons toutes nos félicitations pour votre initiative.

« Sou médical » à Dr D.. à P.

Mon cher confrère et ami

« Si la bonne foi était bannie de la surface de la terre ce n'est pas au cœur d'un assureur qu'il serait possible de la trouver ».

Ceci dit, voici ce qui se passe actuellement :

Les compagnies d'assurances ont trouvé dans ces derniers temps des juges de paix, que dis-je, des suppléants de juges de paix, qui, conseils des assurances, n'ont pas été, sur leur siège, assez désintéressés pour ne pas prendre parti pour ceux qui les ont favorisés de leur intéressée faveur.

Lorsqu'ils ont eu à discuter le tarif Dubief, ils ont dit ; Le prix de telle ou telle intervention médicale comporte d'après le tarif deux choses, la visite, et la consultation d'une part, et d'autre part l'intervention médicale proprement dite.

Or, on doit séparer les deux choses.

Le tarif ne le dit pas, mais cela ressort du bon sens lui-même.

On ne saurait cumuler (et eux, avocats conseils d'assureurs et juges).

Or, que dit le tarif en question ?

En sus de la visite et de la consultation il sera attribué telle et telle allocation.

J'ai pour ma part contribué dans une certaine mesure à l'établissement du tarif et je sais fort bien que lorsque nous établissions, Jeanne et moi, le tarif de la Participation qui devait servir de base au tarif Dubief, nous disions que le massage par exemple devait être payé le prix de trois visites ou consultations.

Pour bien comprendre le tarif Dubief étudions-le donc avec attention.

Suite page X

est parfaite, la pommade est bien supportée, même à haute dose. C'est ainsi que la pommade de Pagenstecher est de 1 gramme pour 10 grammes de vaseline.

Est-il besoin, en cas d'application de cette pommade, de recommander l'abstention de toute médication iodurée, qui exposerait à une combinaison irritante de biiodure d'hydrargyre ?

Dans le cas de kératite vasculaire, pas de compresses chaudes, celles-ci contribuant à augmenter la vascularisation.

Quand la guérison tarde à se produire, on pratique la péritomie qui donne d'excellents résultats.

Si même la cornée était trop menacée, dans un œil dont l'état serait désespéré, on pourrait tenter avec une extrême prudence des applications de jéquirity.

2° Kératite en saillie. — c. *Phlycténulaire.* — Traiter l'impétigo ou le catarrhe conjonctival, qui coïncident parfois avec les phlyctènes de la cornée.

Au premier plan du traitement cornéen, nous placerons les compresses d'eau bouillie chaude. Les compresses, dites évaporantes, sont appliquées cinq à six fois par jour, et pendant un quart d'heure chaque fois sur l'œil malade ; elles ne sont pas recouvertes de taffetas.

Si la réaction est très violente, le collyre de choix sera l'atropine: si elle est peu intense, on utilise la pilocarpine. Enfin, quand il n'y a pas de réaction, on fait usage de pommade jaune.

d. *Kératite herpétique.* — Kératite fréquente chez les gens âgés, survenant en général à la suite de troubles trophiques (zona); cette affection nécessite des instillations de pilocarpine, parfois la cautérisation au galvano-cautère. Sous l'influence de la cautérisation, la vésicule est transformée en ulcère.

Le meilleur traitement de l'ulcère, ce sont les compresses chaudes qui facilitent la vascularisation et la réparation.

3° Kératite en creux. — En présence d'une simple érosion épithéliale, limitez votre traitement à la pilocarpine et aux compresses chaudes. Après cicatrisation, employez la pommade jaune, s'il existe une légère taie.

Si l'ulcère est plus profond, ne mettez pas de collyre. Pratiquez l'antisepsie et abritez l'œil par un bandeau.

Kératite interstitielle. Pour hâter l'évolution de cette kératite, les mercuriaux (injections ou frictions) ont une importance primordiale. Cette médication est très bien tolérée, même par les nouveau-nés qui peuvent supporter l'onguent hydrargyrique à la dose quotidienne de 1 gramme.

Le traitement direct se réduit à un seul : l'atropine. Institué dès le début, le traitement atropinique devra être employé jusqu'à la fin. Suivant la dilatation de l'iris, les doses seront variables. En même temps que l'atropine, on utilisera les compresses d'eau chaude.

Vers la fin de la maladie, on emploiera avantageusement les douches chaudes de vapeur d'eau.

La kératite lépreuse et la kératite tuberculeuse doivent être notées, mais elles ne relèvent que du traitement médical.

Kératite profonde. — Dans cette forme le traitement de choix consiste dans les instillations d'atropine et les compresses chaudes. En cas d'hypertonie, la pilocarpine remplacera l'atropine.

Kératites septiques

Traitement médical. — Presque toutes les kératites septiques viennent de lésions de voisinage. La kératite gonococcique et la kératite à diplobacille exigeront le traitement conjonctival, c'est-à-dire des attouchements de la muqueuse au nitrate d'argent. D'une façon générale, dans la kératite pneumococcique ou celle qui est imputable au mauvais état des voies lacrymales (kératite des moissonneurs), il faut agir primitivement sur les voies lacrymales et secondairement sur la cornée.

L'abstention de tout traitement par les collyres sera la règle. Parfois en raison d'iritis, l'atropine deviendra nécessaire ; souvent pour éviter la perforation, on devra faire usage d'ésérine.

Ici, pour combattre efficacement le mal, l'antisepsie sera indispensable. On donnera la préférence aux larges irrigations antiseptiques, aux compresses chaudes antiseptiques. Il faudra s'assurer de la pénétration du liquide antiseptique dans les culs-de-sac, et répéter plusieurs fois par jour les lavages. Quelquefois on pourra tenter des injections sous-conjonctivales de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre.

Traitement chirurgical. — Les attouchements au *galvanocautère* suffiront à arrêter le progrès de l'ulcère.

Lorsque la kératite s'accompagne d'hypopyon, et que cet hypopyon dépasse le tiers inférieur de la cornée, il est utile de ponctionner la chambre antérieure.

A côté de la paracentèse, une bonne opération est celle de Sœmisch qui consiste à transfixer la cornée et à fendre l'abcès cornéen perpendiculairement à son grand axe.

Traitement des complications éloignées des kératites. — Les complications éloignées les plus fréquentes des kératites sont : le *leucome* et le *staphylome.*

Au *leucome récent*, avec très légère réaction, on réservera la pommade jaune, les douches de vapeur, la péritomie.

Le traitement esthétique final du *leucome ancien* et indélébile sera le tatouage, si toutefois le leucome est exempt d'adhérences. Une irido-cyclite très grave peut en effet résulter du tatouage d'un leucome adhérent.

Lorsque le leucome adhérent est étendu, il est susceptible de provoquer des phénomènes glaucomateux ; il sera donc assez souvent nécessaire de libérer le leucome de ses adhérences iriennes.

Le traitement du staphylome récent, peu accusé, sera médical et consistera dans des instillations d'ésérine ou de pilocarpine.

Dans des cas où il est plus prononcé, où le traitement médical semble ne pas devoir arrêter son développement, il faudra pratiquer des cautérisations ignées.

Enfin la présence d'un staphylome total nécessitera la staphylectomie, intervention qui prévient des troubles ultérieurs, et laisse un moignon très favorable à l'adaptation de l'œil artificiel (suture verticale scléroticale de Critchett, suture en bourse de Wecker, suture verticale conjonctivale de Trousseau).

Dans le tableau ci-dessous sont résumées les traitements que nous venons d'énumérer.

KÉRATITES ASEPTIQUES :

K. superficielles	a. planes..	avasculaires...	pilocarpine.
		vasculaires.....	cause, oxyde jaune.
	b. en saillie.	phlycténulaires	oxyde jaune (compres.
		herpétiques....	pilocarpine (chaudes.
	c. en creux	....	pilocarpine, compresses chaudes, pansement occlusif.

K. interstitielles................	atropine, compresses chaudes.
K. profondes......................	atropine, pilocarpine, compresses chaudes.

KÉRATITES SEPTIQUES :

Antiseptiques.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins du Bugey et du pays de Gex

Compte-rendu de l'Assemblée générale du 30 juin 1907.

La réunion a eu lieu à Genève, sous la présidence de Dr Ballivet.

Etaient présents : les Dr Ballivet, Brandstetter, Boudin, Chabert, I. Chalou, Dechoudans, Eug. Françon, Fusier, Gerlier, Guillemet, Julliard, Levrat, Meynier, Nicollet, Bernet, Ravat, Saint-Pierre, Verdenal.

M. le Prof. Bard, de Lyon, Professeur à l'Université de Genève et les Docteurs Bouilloud et Vanhaegenbergh, du Syndicat de Bourg, assistaient à la réunion.

A l'occasion du *procès-verbal*, le Président dit que l'affaire de Belley sur la protection du premier âge a été solutionnée par le partage des services entre les intéressés.

Quant à la demande faite au Conseil général de nous faire accorder une indemnité kilométrique pour le service des *vaccinations*, elle a eu plein succès grâce aux efforts de ceux de nos Confrères qui font partie de l'Assemblée départementale, il est alloué un franc par kilomètre à l'aller seulement. Toutefois le président recommande d'user de la plus grande discrétion, c'est-à-dire que lorsqu'un médecin aura opéré des vaccinations, le même jour, dans plusieurs localités dans la même direction, il ne devra porter, sur son mémoire, que l'indemnité kilométrique afférente à la localité la plus éloignée et non pas une indemnité pour chacune des localités.

Motion d'ordre. — Le secrétaire demande de modifier l'article XIV des statuts qui inflige une amende à tout syndiqué absent à la réunion et propose la rédaction suivante. Tout syndiqué qui avant la réunion, n'aura pas répondu par lettre à l'effet de faire savoir s'il pourra ou ne pourra pas assister à l'Assemblée Générale, sera passible d'une amende de un franc, pour une réunion ordinaire et de vingt francs pour une réunion disciplinaire (*Adopté*).

Admission de nouveaux membres. — Sont admis, à l'unanimité :

Dr Bayle (d'Hauteville), Parrains : les Drs Dumarest et Rochestre.

Dr Gonnand (d'Oyonnax), Parrains : les Drs Levrat et Boudin.

Dr Pernet (d'Oyonnax), Parrains : les Drs Levrat et Boudin.

Dr Ravet (de Lhuis), Parrains : les Drs Fr. Chaloux et Saint-Pierre.

Dr Verdenal (de Bellegarde), Parrains : les Drs Julliard et Hotellier.

Congrès des Praticiens.— Le Dr Boudin rend compte de son mandat en insistant sur ce fait que malgré l'hostilité d'un ministre et malgré des difficultés énormes d'organisation, ce Congrès a abouti à un succès inespéré. Ce furent les Etats Généraux de la Médecine d'où se sont dégagés très nettement ces deux principes ; la nécessité de la réforme des Etudes médicales sur des bases moins théoriques, mais plus cliniques, et la liberté pour tout malade du choix de son médecin. Les membres du Congrès ont beaucoup discuté sur beaucoup de questions, ils ont surtout tracé les grandes lignes des travaux que depuis ont entrepris les deux sous-commissions au Comité de Vigilance élu par le Congrès : sous-commission pour la réforme des Etudes médicales, sous-commission du libre choix.

En terminant le Dr Boudin montre l'importance énorme de la cohésion médicale. La profession devient si dure que les praticiens au lieu de s'entre déchirer sentent le besoin de l'union, des associations, des Syndicats. Il insiste sur les résultats acquis par l'Union des Syndicats, le Concours médical, le Sou médical, l'Association Générale qui, tous les jours, unissent leurs efforts pour sauvegarder notre indépendance et nos honoraires déjà bien minimes contre les empiètements des collectivités de toute sorte.

Aussi pour prouver que la province est en communion d'idée avec Paris, est-il utile et nécessaire que chaque Confrère adhère au Syndicat local pour améliorer et sauvegarder sa situation communale et départementale, qu'il soit abonné au *Concours médical* pour être tenu au courant sur toutes les questions professionnelles ; qu'il verse sa cotisation au *Sou médical* pour être couvert moralement et pécuniairement s'il lui survient un procès avec une Cie d'Assurances-accidents, ou une Mutualité ou un mauvais payeur quelconque ou si, dans un cas malheureux, on l'attaque en dommages-intérêts ; qu'il s'affilie à l'Association de l'Ain pour pouvoir obtenir une pension viagère en cas de malheur et savoir que la veuve et l'orphelin d'un sociétaire ne sont jamais abandonnés ; qu'il se fasse recevoir à l'Amicale pour avoir une indemnité de dix francs par jour au cas où la maladie ou l'accident brutal le forcerait à un chomage momentané, et pour avoir une retraite sur ses vieux jours retraite encore augmentée par l'adhésion au Patronage médical. Il répète à ses Confrères qu'il est toujours à leur disposition pour les renseignements qu'ils pourraient désirer sur toutes ces œuvres de défense et de mutualité.

Service des enfants assistés du Rhône. — Par suite de la décision prise à la dernière réunion

(13 nov. 1906), le secrétaire écrivit au Directeur du service des enfants assistés du Rhône, à Lyon, pour obtenir que le tarif kilométrique fût porté de 0 fr. 50 à 1 fr. à l'aller seulement. La question fut portée devant le Conseil Général du Rhône et par sa lettre du 20 juin 1907, le Directeur nous informait que « par délibération du 13 avril dernier, le Conseil général du Rhône, considérant que le tarif actuel de 0 fr. 50 par kilomètre, payé aux médecins du service des enfants assistés, est celui établi par les deux services des départements du Rhône et de l'Ain, a décidé qu'il n'y avait pas lieu de l'augmenter dans le département de l'Ain pour le service des enfants assistés du Rhône.

Une discussion s'élève pour savoir s'il y a lieu de demander tout d'abord au département de l'Ain d'augmenter de 0 fr. 50 à 1 fr. le tarif kilométrique pour le service des enfants assistés de l'Ain (puisque le tarif de 1 fr. le kilomètre est celui déjà accordé par l'Assistance médicale gratuite de l'Ain) puis de demander la même chose au Rhône. A cela, le Président qui, comme conseiller général, connaît l'état actuel des finances du département objecte que le moment serait peut-être mal venu de formuler cette demande alors que le budget départemental va être grevé par l'indemnité kilométrique accordée pour les vaccinations et que, par conséquent, il vaudrait mieux obtenir d'abord l'augmentation pour les enfants assistés du Rhône, puis le demander pour ceux de l'Ain.

Cet avis prévalut et, suivant les indications données par l'assemblée, le secrétaire a envoyé la lettre suivante au directeur des enfants assistés du Rhône, à Lyon :

« J'ai donné connaissance de votre lettre du 20 juin à la dernière réunion du Syndicat des médecins, le 30 juin. Mes confrères ont été très étonnés de voir leur demande repoussée, au moment où ils ne sollicitent que l'indemnité kilométrique accordée dans l'Ardèche, le Jura, la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme, la Savoie, la Haute-Savoie, et le Rhône.

« Nous venons donc faire une nouvelle démarche auprès de vous, Monsieur l'Inspecteur, pour vouloir bien présenter à nouveau notre requête au Conseil Général du Rhône, à la session d'août, car le service, dans nos régions montagneuses, d'un parcours difficile, est non seulement onéreux, mais réellement pénible, parfois même dangereux dans la saison des neiges. Il en résulte que nos frais de voiture sont habituellement supérieurs à l'indemnité kilométrique qui nous est allouée.

Certains d'entre nous sont même décidés à se démettre de leurs fonctions de médecin inspecteur, trouvant excessifs les sacrifices réclamés à leur philanthropie ; ou bien ils n'accepteront de voir vos pupilles que dans leur cabinet, se refusant d'aller les voir à domicile. Nous ne demandons que l'application du tarif de l'Assistance médicale gratuite de l'Ain, c'est-à-dire un franc par kilom., à l'aller seulement. »

Tarif minimum du Syndicat. — La question est renvoyée à la réunion d'octobre pour complément d'étude. Le secrétaire prie ses confrères de lui faire part de leurs desiderata et manière de voir pour la révision de ce tarif, aussi bien pour le prix de certains interventions que pour les argumentations à demander dans des circonstances spéciales (hiver, temps de neige, etc.)

Repos hebdomadaire du médecin. — Lecture est faite de la proposition déposée sur le Bureau du Congrès des Praticiens. « Considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin a le droit de se reposer le dimanche et que *seul* un cas urgent de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre le repos hebdomadaire ; assimilant donc les visites faites le dimanche à des visites d'urgence, décide à partir du 1er janvier 1908 :

« 1° Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera le *double* de celui d'une visite ordinaire ;

« 2° Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin à son heure, à un malade en cours de traitement. »

L'Assemblée adopte le principe du repos hebdomadaire, mais en renvoie la discussion, au fond, à la réunion d'octobre, en même temps que celle du tarif minimum du syndicat.

Projet de Loterie médicale. — L'assemblée se déclare favorable au principe de la Loterie médicale, mais comme la question doit être discutée en octobre, à la réunion de l'Association de l'Ain, elle décide d'en renvoyer le vote définitif à la prochaine assemblée.

Impôt sur le Revenu. — Le Dr Boudin donne connaissance de la protestation qu'il a publiée dans le Bulletin de l'Union des Syndicats et où il montre que le projet Caillaux viole le secret professionnel et écrase de charges nouvelles le maigre budget du médecin.

L'Assemblée se rallie à ces conclusions ; elle se déclare hostile au projet Caillaux dans les dispositions qui visent la profession médicale ; quant au principe même d'un impôt sur le revenu, sa discussion n'est pas du ressort de la réunion. En outre, une lettre faisant connaître cette protestation sera envoyée aux six députés et aux trois sénateurs du département de l'Ain.

Rapports avec les Grands Maîtres. — Approuvant les décisions prises par le syndicat de Valence, l'Assemblée décide que si un Syndiqué formule une plainte pour des motifs de mauvaise confraternité ou de fautes déontologiques de la part d'un Maître, celui-ci sera systématiquement mis à l'index pour les opérations ou consultations.

Après la réunion, cordial et joyeux banquet. Avaient bien voulu se joindre à nous MM. les Prof. Auguste et Jacques Reverdin, Bard, M. Lucien Descaves, l'éminent écrivain, M. H. Ballivet, interne des Hôpitaux de Lyon, M. Albert Reverdin, assistant de la Clinique chirurgicale de Lausanne.

Inutile de dire que la gaité la plus franche n'a cessé de régner parmi nous, car notre syndicat tient à la réputation d'une Association qui sait travailler, mais qui sait aussi faire oublier à ses adhérents, pendant toute une journée, les soucis et les fatigues de la profession.

Le Président, *Le secrétaire.*
Dr BALLIVET. Dr BOUDIN.

Voici le texte de la lettre adressée par les Syndicats des Médecins de l'Ain, aux représentants, sénateurs et députés de ce département.

Oyonnax, le 10 juillet 1907.

Les syndicats des médecins de l'Ain :

Bourg : Président, Dr Passerat ; secrétaire, Dr Servas.

Trévoux : Président, Dr Chevelu ; secrétaire, Dr Perret.

Bugey et Pays de Gex : Président Dr Ballivet ; secrétaire, Dr Boudin.

A Monsieur sénateur (ou député) de l'Ain,

Monsieur le......,

Les médecins du département de l'Ain ont l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur la situation difficile dans laquelle les mettrait l'adoption du projet Caillaux sur l'impôt sur le revenu. Nul d'entre eux ne veut discuter ici le principe lui-même de cette grande réforme fiscale : ils n'envisagent que le seul projet Caillaux et les conséquences fâcheuses qui résulteraient de la mise en vigueur des dispositions qui s'appliquent à leur profession. En effet :

1° L'article 51 prévoit la taxe sur les bénéfices nets réalisés pendant l'année précédente. Comme, pour les médecins, rien n'est prévu comme dépenses inhérentes à la profession, alors que ce l'est pour les industriels (art. 32), il en résulte que tout honoraire sera considéré comme bénéfice net. En conséquence, seront frappés par l'impôt :

a) Les indemnités dérisoires accordées pour le service de l'assistance médicale gratuite, des enfants assistés, de la protection du premier âge, des vaccinations ;

b) Les allocations infimes accordées aux médecins d'hospices et d'hôpitaux ;

c) Les traitements déjà très réduits des mutualités, des accidents du travail,

d) Le prix total d'une course à la campagne, sans que soient défalqués les frais de voiture. Dans ce cas, les frais de voiture seront imposés deux fois : le médecin payera la taxe puisque ses frais sont compris dans ses bénéfices globaux ; le voiturier la payera aussi puisqu'il reçoit salaire pour son travail ;

e) Les frais de loyer si lourds, mais obligatoires de par la profession et souvent hors de proportion avec la situation de fortune du médecin ; les frais d'instruments, de livres, de fournitures quelconques, de pansements, etc. ne seront pas défalqués sur les bénéfices généraux.

Conclusion : L'impôt frappera non seulement le revenu, mais le travail et les instruments de travail du médecin.

2° Cet impôt sera plus que doublé par les centimes additionnels ;

3° En vertu de l'article 53, les agents du fisc auront le droit de vérifier les comptes et d'interroger sur les origines des honoraires. D'où :

a) Notre secret professionnel sera illusoire et l'article 378 du code pénal sera violé ;

b) Le médecin sera constamment sous le coup de l'arbitraire : l'agent du fisc pourra toujours prétendre que, pour le tromper, le praticien de campagne aura pris, pour une opération, des honoraires qu'il estimera trop minimes par rapport aux honoraires réclamés par des maîtres pour la même opération ;

c) Le médecin ne sera plus libre de faire le bien, en consentant des remises partielles ou totales de dettes aux familles nécessiteuses. Comment aussi faire la preuve des notes d'honoraires impayées ?

Conclusion : Ce sera l'arbitraire et la délation qui seront toujours menaçantes. L'article 54 permettant au fisc de prétendre que le médecin l'a trompé par omission ou insuffisance de déclaration.

4° Comment taxer une année en prenant pour base les bénéfices de l'année précédente, car rien n'est plus variable que la clientèle médicale.

Aussi les trois syndicats des médecins de l'Ain, viennent-ils d'adopter un ordre du jour de protestation contre l'application du projet Caillaux, si arbitraire et si contraire aux immuables principes du secret professionnel et se confiant à leurs élus, les médecins de l'Ain viennent vous demander, monsieur le , de prendre leur défense lorsque viendront en discussion les articles du projet relatifs aux professions libérales et ils vous prient d'agréer leurs respectueuses salutations.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le service d'inspection départementale de l'assistance publique.

Beaucoup de confrères nous demandent de les renseigner sur les modifications apportées depuis un an dans le service des inspecteurs départementaux de l'Assistance.

Nous ne saurions mieux les renseigner qu'en publiant *in extenso* le décret du 28 juillet 1906 qui forme le statut nouveau de cette catégorie de fonctionnaires, et en le faisant suivre du récent arrêté ministériel portant fixation du programme sur lequel roule l'examen d'aptitude.

Voici ces deux documents :

1° Décret de réorganisation du 28 juillet 1906.

Organisation du service.

Art. 1er. — Le service de l'inspection départementale de l'assistance publique, autre que celui de la Seine, comprend dans chaque département :

Un inspecteur.

Un ou plusieurs sous-inspecteurs.

Un ou plusieurs commis d'inspection.

Le nombre des sous-inspecteurs est déterminé ainsi qu'il suit, d'après l'effectif des enfants assistés :

Quand l'effectif n'est pas supérieur à 3,000, un sous-inspecteur ;

Quand l'effectif est compris entre 3.000 et 5,000 deux sous-inspecteurs ;

Quand l'effectif est de 5,000 et au-dessus, trois sous-inspecteurs :

Il y a dans chaque département un commis d'inspection ; quand l'effectif des enfants est supérieur à 6,000, il est nommé un second commis.

Lorsque les besoins du service l'exigent, le nombre des sous-inspecteurs et celui des commis d'inspection peut être augmenté, dans un département, par un décret en forme de règlement d'administration publique rendu sur la proposition du ministre

de l'intérieur, et avec l'approbation du ministre des finances.

Art. 2. — Le service du contrôle prévu au deuxième paragraphe de l'article de la loi du 27 juin 1904 comprend un inspecteur hors classe, deux inspecteurs de 1re ou de 2e classe et deux commis d'inspection.

Art. 3. — Les inspecteurs de l'assistance publique sont choisis exclusivement :

1° Parmi les sous-inspecteurs ayant au moins six années d'exercice et inscrits au tableau d'avancement. Toutefois cette durée est réduite à quatre ans pour les sous-inspecteurs docteurs en médecine ;

2° Parmi les sous-préfets, secrétaires généraux de préfecture, conseillers de préfecture comptant au moins six ans de fonctions ;

3° Parmi les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de maire dans une ville de plus de 10,000 habitants ;

4° Parmi les docteurs en médecine exerçant depuis six ans au moins les fonctions de médecin des enfants assistés ou de la protection du premier âge et les pharmaciens faisant partie depuis six ans d'une commission sanitaire ou d'un conseil départemental d'hygiène définis à l'article 20 de la loi du 15 février 1902 ;

5° Parmi les employés du ministère de l'intérieur ayant au moins le grade de rédacteur principal et les chefs de division des préfectures ayant plus de six années de services.

Les candidats compris aux 2°, 3°, 4° et 5° doivent être âgés de trente ans au moins et de quarante ans au plus et justifier d'un nombre d'années de services publics admis à compter pour la retraite qui, ajoutés aux années restant à accomplir, peuvent parfaire, à l'âge de soixante ans, les trente années ouvrant droit à la pension.

Ces candidats doivent se présenter devant une commission qui les examine, d'après un programme arrêté par le ministre, sur la législation civile et pénale, sur le droit administratif, notamment sur la législation de l'assistance publique et sur les éléments de l'hygiène infantile. Elle se prononce sur leur aptitude à exercer les fonctions d'inspecteur. Après trois épreuves subies sans succès, le candidat est définitivement éliminé.

Les trois quarts au moins des vacances dans le cadre des inspecteurs sont réservés aux sous-inspecteurs.

Art. 4. — Les sous-inspecteurs sont choisis :

1° Parmi les commis d'inspection ayant au moins trois ans d'exercice et inscrits au tablau d'avancement, les agents de placement et de surveillance du service des enfants assistés, les directeurs d'écoles professionnelles comprenant au moins cent élèves ;

2° Parmi les employés du ministère de l'intérieur, les chefs et sous-chefs de bureau de préfecture, les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de maire dans une ville de plus de 5,000 habitants ;

3° Parmi les docteurs en médecine ayant exercé pendant deux ans au moins les fonctions de médecin des enfants assistés ou de la protection du premier âge et les pharmaciens faisant partie depuis deux ans au moins, d'une commission sanitaire ou d'un conseil départemental d'hygiène ;

4° Parmi les candidats réunissant les conditions prévues à l'article précédent.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens doivent compter au moins trois ans d'exercice de leur art, les autres candidats trois ans de service dans leurs fonctions.

Ils doivent être âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus et justifier d'un nombre d'années de services publics admis à compter pour la retraite qui, ajoutés aux années restant à accomplir, peuvent parfaire, à l'âge de soixante ans, les trente années ouvrant droit à pension.

Tous les candidats doivent avoir subi l'examen prévu par l'article précédent.

Le quart au moins des vacances dans le cadre des sous-inspecteurs est réservé aux commis d'inspection.

Art. 5. — Les commis d'inspection, sont nommés par le ministre de l'intérieur.

Les candidats doivent être âgés de vingt ans au moins et de trente ans au plus. Cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à la reraite. Ces candidats subissent l'examen prescrit pour l'emploi d'expéditionnaire au ministère de l'intérieur.

Sur les emplois qui deviendront vacants dans le cadre des commis d'inspection une fois qu'il aura été constitué, il sera réservé aux sous-officiers remplissant les conditions prévues par l'article 69, premier alinéa, de la loi du 21 mars 1905, les quatre cinquièmes des nominations à effectuer. Les conditions d'aptitude des candidats et les matières des *examens* à subir par eux seront celles qui sont fixées, par le règlement du 26 août 1905, pour les candidats à l'emploi d'expéditionnaire à l'administration centrale du ministère de l'intérieur (tableau B, 3e catégorie).

Art. 6. — Les commis d'inspection, ainsi que les sous-inspecteurs et inspecteurs nommés en dehors de l'avancement hiérarchique, ne sont définitivement titularisés dans l'administration qu'après un stage d'un an.

L'année expirée, le préfet du département dans lequel le stagiaire exerce ses fonctions présente sur ses aptitudes, sa conduite et sa manière de servir, un rapport au ministre qui, s'il y a lieu, confirme par une commission définitive la première nomination.

Les fonctionnaires non commissionnés cessent immédiatement leurs fonctions.

Art. 7. — Les fonctionnaires des autres administrations ne peuvent permuter avec les fonctionnaires de l'inspection départementale de l'assistance publique que s'ils comptent au moins six ans de services et s'ils ont satisfait aux conditions d'examen prévues aux articles 3, 4, et 5.

Le permutant à admettre dans le personnel de l'inspection entre dans la classe du fonctionnaire avec lequel il permute. Il prend rang dans cette classe du jour de son installation.

Art. 8. — Toute nomination ou mutation dans le personnel de l'inspection de l'assistance publique est publiée au *Journal officiel*.

Les arrêtés portant avancement de classes sont insérés au *Bulletin* du ministère de l'intérieur.

Art. 9. — La cadre du personnel comprend quatre classes d'inspecteurs, quatre classes de sous-inspecteurs et quatre classes de commis.

L'effectif des fonctionnaires de chaque classe et les traitements correspondants sont fixés comme suit :

Commis d'inspection.

Au minimum 40/100 :

Stagiaires	1.500 f.
4e classe	1.800

Au maximum 45 /100 :

3e classe	2.000
2e classe	2.200

Au maximum 15/100 :

1re classe	2.400
Hors classe	2.700

Sous-inspecteurs.

Au minimum 35 /100 :

Stagiaires	2.800 f.
4e classe	2.800 f.

Au maximum 45/100 :

3e classe	3.100
2e classe	3.400

Au maximum 20 /100 :

1re classe	3.700	
Hors classe	4.000	

Inspecteurs.

30..	stagiaires	4.000 f.
	4e classe	
20..	3e classe	4.500
20..	2e classe	5.000
12..	1re classe	5.500
7..	hors classe	6.000

Les sous-inspecteurs et inspecteurs sont, à leur nomination, placés dans la 4e classe de leur grade.

Les avancements en classe ne peuvent être accordés qu'après deux ans au moins d'exercice dans la classe inférieure.

Les inspecteurs, sous-inspecteurs et commis d'inspection ne peuvent être nommés hors classe que s'ils comptent vingt années de services publics dont dix ans au moins dans l'inspection départementale de l'assistance publique et trois ans au moins dans la 1re classe de leur grade.

Art. 10. — L'avancement du personnel se fait au choix pour les promotions de classe dans le même grade, un quart des vacances est réservé à l'ancienneté.

Un tableau général d'avancement est arrêté à la fin de chaque année par le ministre, après avis d'une commission de cinq membres élus chaque année par le conseil supérieur de l'assistance publique. Ce tableau n'est valable que pour l'année suivante ; il comprend un nombre de candidats double de celui des vacances à prévoir dans chaque emploi ou classe pendant le cours de l'année.

Si, dans une circonstance particulière, il y a lieu de faire bénéficier d'un avancement au choix un fonctionnaire non porté sur le tableau et dont les services méritent une récompense immédiate, cette décision fait l'objet d'un arrêté spécial du ministre, pris après avis favorable de la commission prévue au paragraphe précédent.

Art. 11. — Les peines disciplinaires applicables au personnel de l'inspection départementale de l'assistance publique sont :

1o La réprimande ;

2o La radiation du tableau d'avancement ;

3o La suspension de fonctions avec retenue de traitement totale ou partielle pour un temps n'excédant pas deux mois ;

4o La rétrogradation de classe ;

5o La rétrogradation de grade ;

6o La révocation.

Ces peines sont prononcées par le ministre sur le rapport du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, elles ne peuvent l'être qu'après que l'agent a été mis en mesure de présenter verbalement ou par écrit ses moyens de défense. Les peines indiquées sous les trois derniers numéros ne peuvent être prononcées qu'après avis de la commission prévue à l'article précédent.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET GÉNÉRALES

Art. 12. — L'élévation des traitements des inspecteurs et sous-inspecteurs aux nouveaux taux s'effectuera en commençant par les traitements les plus bas et dans les limites des crédits ouverts au budget de chaque exercice.

La réduction du cadre des inspecteurs de la Seine à l'effectif fixé par le présent décret s'effectuera par voie d'extinction.

Art. 13. — Les premières nominations pour remplir le cadre des commis d'inspection seront faites sans conditions d'examen.

Les employés actuellement en fonctions dans le service départemental de l'assistance publique qui seront nommés conserveront leur traitement.

La répartition du personnel dans les classes prévues à l'article 9 ci-dessus devra être faite dans le délai de six ans.

Art. 14. — Pendant la période de trois ans qui suivra la mise en application du présent décret, les commis d'inspection qui auront satisfait à l'examen prévu à l'article 3, pourront être nommés sous-inspecteurs s'ils réunissent trois ans de services, soit en qualité de commis d'inspection, soit dans les administrations de l'Etat, des départements ou des communes.

Art. 15. — A compter de la mise en vigueur du présent décret, les trois premières vacances dans le cadre des inspecteurs seront attribuées à des sous-inspecteurs. La première vacante dans le cadre des sous-inspecteurs sera attribuée à un commis d'inspection.

Art. 16. — Les décrets des 8 mars 1887, 12 juillet 1888, 1er juillet 1893, 23 avril 1900 et 7 mai 1904 sont abrogés.

Art. 17. — Le ministre de l'intérieur et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

2o Examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique.

Arrête :

Art. 1er. — Une session de l'examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur ou de sous-inspecteur de l'assistance publique a lieu chaque année dans le courant du mois de décembre.

L'arrêté du ministre fixant la date d'ouverture de la session est publié au *Journal officiel* au plus tard deux mois avant le commencement des épreuves.

Art. 2. — Sont seules admises à se présenter les personnes remplissant au 1er janvier qui suit l'ouverture de la session ou devant les remplir dans les douze mois suivants, les conditions d'âge, de services, d'emploi ou d'ancienneté de grade exigées par les articles 3, 4 et 7 du décret du 28 juillet 1906. Toutefois ne peut être prise en considération la demande d'inscription d'un candidat qui a déjà subi trois fois sans succès les épreuves de l'examen.

Art. 3. — Les candidats doivent adresser au ministère de l'intérieur :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ;

3° Les états de services, diplômes, certificats qui auraient pu leur être délivrés, ou des copies de ces documents dûment certifiées ;

4° Un certificat médical dûment légalisé, établissant que le candidat est de constitution robuste et apte à remplir un service actif.

Ces pièces doivent être parvenues au bureau des services de l'enfance quinze jours au moins avant l'ouverture de la session.

Art. 4. — Une commission, dont les membres sont nommés annuellement par l'arrêté prévu à l'article 1er, est chargée de procéder à l'examen. Elle est composée de :

Un conseiller d'Etat, président ;

Un inspecteur général des services administratifs ;

Un membre du conseil supérieur de l'assistance publique ;

Le chef du bureau des services de l'enfance ;

Un inspecteur général adjoint des services sanitaires ;

Un inspecteur départemental de l'assistance publique ;

Un sous-chef ou un rédacteur du bureau des services de l'enfance remplit les fonctions de secrétaire.

Art. 5. — L'examen comprend des épreuves écrites et des épreuves orales sur les matières énoncées dans le programme annexé au présent arrêté.

Les épreuves écrites sont passées sous la surveillance d'un délégué du ministre dans les villes sièges d'académie, savoir : Aix, Besançon, Bordeaux, Caen, Chambéry, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris, Poitiers, Rennes, Toulouse ; les candidats reconnus aptes par la commission à se présenter aux épreuves orales sont convoqués à Paris, au ministère de l'intérieur.

Art. 6. — Les épreuves écrites consistent en trois compositions dont les sujets sont tirés respectivement des titres suivants du programme :

Titre I. — Service de l'enfance.

Titre II. — Notions d'hygiène.

Titre III. — Notions générales de droit.

Il est accordé aux candidats trois heures pour la première composition et une heure et demie pour chacune des deux autres.

Art. 7. — Les épreuves orales consistent en :

1° Deux interrogations sur les matières du titre Ier (Services de l'enfance) ;

2° Deux interrogations sur le titre II (assistance aux adultes) ;

3° Une interrogation sur le titre III (notions d'hygiène) ;

4° Une interrogation sur le titre IV (notions de droit).

Art. 8. — Pour chacune des épreuves, il est attribué aux candidats un nombre de points variant de 0 à 20.

Art. 9. — Pour déterminer le résultat des épreuves, le nombre des points obtenus par chaque candidat est multiplié par les coefficients ci-après :

Epreuves écrites.

1° Service de l'enfance	20
2° Eléments d'hygiène	10
3° Notions de droit	10

Epreuves orales.

1° Service de l'enfance	5 5
2° Assistance aux adultes	5 5
3° Eléments d'hygiène	5
4° Notions générales de droit	5
	30

Le candidat qui n'a pas obtenu 560 points à l'écrit n'est pas admis à subir les épreuves orales.

Pour être admis à titre définitif, les candidats doivent avoir obtenu pour l'ensemble de leurs épreuves écrites et orales au minimum 980 points et n'avoir eu pour aucune matière de note inférieure à 8 ; ils sont soumis, en outre, au ministère de l'intérieur, à un examen médical à la suite duquel sont éliminés ceux qui ne sont pas reconnus aptes à remplir un service actif.

Art. 10. — Après avoir terminé ses opérations, le jury dresse, pour être rendue publique, une liste par ordre alphabétique des candidats admis.

Art. 11. — A titre de mesure transitoire, la session de 1906 est reportée au mois de mars 1907.

Sont seules admises à se présenter à cette session les personnes qui rempliront au 1er avril 1907 ou dans les douze mois suivants les conditions déterminées à l'article 2.

Art. 12. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 10 novembre 1906.

G. Clémenceau.

3° Programme de l'examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique.

TITRE Ier. — Services de l'enfance

§ 1er. — Loi organique du 27 juin 1904 sur le service des enfants assistés ; dispositions des lois des 24 juillet 1889 et 19 avril 1898 relatives à ce service.

Notion sur l'historique du service des enfants assistés en France.

§ 2. — Pupilles difficiles et vicieux; lois du 28 juin 1904.

§ 3. — Loi du 23 décembre 1874 (loi Roussel) sur la protection des enfants du premier âge. Surveillance des enfants en nourrice. Protection des enfants des nourriciers.

Crèches.

Orphelinats annexés aux hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance.

TITRE II.— Assistance aux adultes

§ 1er. — Assistance médicale gratuite, loi du 15 juillet 1893.

Assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables, loi du 14 juillet 1905.

§ 2. — Notions sur la législation relative aux aliénés. Dépôts de mendicité.

TITRE III. — hygiène.

§ 1er. — *Maladies infectieuses.*

A. — Notions sommaires sur les maladies infectieuses et contagieuses. Des microbes, causes des maladies infectieuses. Pasteur. Spécificité des maladies infectieuses. Immunité acquise. Immunité naturelle.

B. — Notions sommaires :

1° Sur la fièvre typhoïde. — Son étiologie, transmission directe et indirecte, désinfection des selles.

2° Sur la dysenterie en France.

3° Sur la diphtérie. — Etiologie, Contagion, Modes de propagation. Rhinite diphtérique. Croup. Persistance du bacille diphtérique chez les convalescents. — Sérum antidiphtérique ; injections préventives.

4° Sur la tuberculose pulmonaire. — Fréquence de la maladie. Bacilles tuberculeux dans les crachats, danger des crachats, leur désinfection. Danger du lait des vaches tuberculeuses, nécessité de faire bouillir le lait.

5° Sur la variole. — Incubation. Mode de propagation, vaccin jennérien, vaccination et revaccination obligatoires.

6° Sur la rougeole.— Incubation. Broncho-pneumonie dans la rougeole. Isolement des rubéoleux.

7° Sur la scarlatine. — Incubation, desquamation, durée de l'isolement.

8° Sur la coqueluche. — Isolement.

9° Sur les oreillons. — Incubation, isolement.

10° Sur la rage. — Caractères de la rage chez le chien, le chat et les animaux domestiques. Surveillance des chiens, suppression des chiens errants. Traitement pastorien antirabique.

11° Sur les teignes.

12° Fièvre aphteuse du bétail. — Transmission à l'homme par le lait.

13° Plaies et blessures. — Pansements antiseptiques. — Principales complications des plaies, suppuration, tétanos.

C. — Rôle des animaux et des insectes dans la transmission de certaines maladies. — Rôle des insectes piqueurs dans la transmission de certaines maladies infectieuses.

2. — *Hygiène générale.*

Eaux potables. — Caractère des eaux potables. — Microbes dans les eaux.

Eaux de pluies. — Citernes, leur entretien.

Eaux de rivières, cause de pollution.

Eaux de source, pollution, captation et adduction.

Purification des eaux. — Epuration en grand, épuration à domicile.

Hygiène de l'habitation. — Orientation. Aération. Chauffage. Eclairage. Evacuation des matières usées.

Logements insalubres.

Hygiène des villes. — Service des eaux, des égouts ; épuration des eaux d'égouts. Abattoirs. Marchés.

Hygiène des campagnes. — Contamination des eaux. Ecuries, étables, fosses à fumier, immondices, lavoirs, puits perdus.

Hygiène individuelle. — Vêtements, soins de propreté pour le corps.

Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

Déclaration des maladies transmissibles.

Désinfection au cours de la maladie, désinfection après décès.

Principaux modes de désinfection. Décret du 10 juillet 1906.

Vaccination et revaccination, décret du 27 juillet 1903.

Règlements sanitaires. — Bureaux d'hygiène. — Commissions sanitaires. — Conseils d'hygiène. — Inspection.

3. — *Hygiène de l'enfance.*

Nouveau-nés, nourrissons. — Berceaux, bains, habillements, premières sorties.

Allaitement au sein ; par la mère, par une nourrice mercenaire. Hygiène de la femme qui nourrit.

Allaitement mixte.

Allaitement artificiel.

Lait des animaux. Lait de vache.

Lait cru, ses dangers.

Pasteurisation du lait.

Stérilisation du lait.

Alimentation de l'enfant pendant la première année. Nombre de tétées. Biberons. Quantité de lait, coupé ou non coupé suivant l'âge. Emploi des farines.

Accroissement de l'enfant pendant la première année ; sa courbe normale.

Sommeil. Sorties. Dentition.

Suralimentation. Ses dangers. Gastro-entérite. Choléra infantile. Influence des saisons.

Alimentation de l'enfant pendant la seconde année. Sevrage.

Habillements. Premiers pas. Exercices physiques.

Puériculture. Consultation de nourrissons : but, organisation, résultats.

Notions sur l'hygiène scolaire.

Enfants anormaux.

4. —*Notions générales de démographie.*

Mouvement de la population en France. Morbidité et mortalité générales. Morbidité et mortalité infantiles. Comparaison de la morbidité et de la mortalité en France et dans les principaux pays.

TITRE IV. — NOTIONS GÉNÉRALES DE DROIT

1. — *Droit administratif.*

Principes généraux du droit public. Lois constitutionnelles de la République.

Organisation, attributions et rapports des pouvoirs publics.

La séparation des pouvoirs, le Parlement et le Gouvernement. La séparation des autorités. L'autorité judiciaire et l'autorité administrative. Les conflits. Le contentieux administratif et le contentieux judiciaire. Le recours pour excès de pouvoir.

La loi. Le règlement. L'acte d'administration. Le jugement. Le décret. La décision. La circulaire. Les actes d'autorité et les actes de gestion. Le domaine public et le domaine privé.

Théorie générale de la personnalité morale. Groupements personnifiés et groupements sans personnalité. La tutelle administrative, sa caractéristique et ses effets. La police, ce qu'il faut entendre par ce mot.

L'organisation administrative de la France. Loi fondamentale du 28 pluviôse an VIII, et lois de décentralisation qui ont suivi. Les diverses étapes de cette décentralisation.

L'Etat. Le Président de la République. Les ministres. Les administrations centrales. Le conseil d'Etat. Le Préfet et les maires.

Le département. Le Préfet. Le conseil général. La commission départementale. Le conseil de préfecture. Les conférences interdépartementales. Les établissements publics départementaux.

L'arrondissement. Le Sous-préfet et le conseil d'arrondissement.

La commune. Organisation et administration municipale. Les syndicats de communes. Les établissements publics municipaux.

Le budget de l'Etat, du département, de la commune et des établissements publics. Recettes et dépenses. Notions générales sur les impôts et les taxes spéciales. Les règles de la comptabilité publique. La distinction des ordonnateurs et des comptables. La gestion et l'exercice. La spécialité des crédits. Les dépenses obligatoires, la comptabilité matière. La

comptabilité occulte. Le conseil de préfecture et la cour des comptes. Le contrôle des ordonnateurs.

2. — *Législation civile et pénale.*

Le titre préliminaire du code civil. De la publication, des effets et de l'application des lois en général (articles 1 à 6).

Livre I.

Titre II. — Actes de l'état civil (art. 34 à 87 et 99 à 101).
Titre V. — Du mariage (art. 144 et 171).
Titre VII. — Reconnaissance des enfants naturels (art. 334 à 336).
Titre VIII. — Adoption et tutelle officieuse (art. 343 à 370).
Titre IX. — Puissance paternelle (art. 371 à 387).
Titre X. — Minorité, tutelles, émancipations (art. 388 à 426 et 450 à 487).
Titre XI. — Majorité (art. 488).

Livre III.

Titre IV. — Des délits et quasi-délits (art. 1382 à 1384). Dommages causés à autrui.
Règles spéciales à la tutelle et à la puissance paternelle exercée par l'administration sur les enfants assistés. Nature et étendue des droits de l'administration à l'égard de chacune des catégories d'enfants. Comment cette tutelle s'ouvre et prend fin. Conflits des règles du code civil et des règles exceptionnelles établies par des lois spéciales.
Vente des valeurs mobilières de mineurs.
Mariage des indigents. Légitimation de leurs enfants naturels et retrait de leurs enfants placés dans les hospices.

Code pénal.

De la distinction des peines (art. 1 et 8). Peines principales et peines accessoires. Des tribunaux appelés à les juger. Tribunaux de simple police. Tribunaux correctionnels. Cour d'assises. La contravention. Le délit. Le crime.
Les articles du code pénal relatifs à :
Secret professionnel (art. 378).
Crimes et délits commis par les mineurs de moins de 16 ans (art. 66 à 69). Loi du 19 avril 1898.
Crimes et délits envers l'enfant et enlèvement de mineurs (art. 345 à 357 et loi du 5 décembre 1901). Loi du 19 avril 1898.
Infanticide et avortement (art. 300, 382, 317).
Mendicité et vagabondage (art. 269 à 282).
Attentat aux mœurs (art. 330 à 335).
Justice de paix. Tribunaux d'arrondissement. Cour d'appel. Cour d'assises. Cour de cassation.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les ordonnances obscures et les responsabilités des médecins et des pharmaciens.

La cour d'appel de Bruxelles vient de rendre un arrêt qui mérite de retenir notre attention. Un pharmacien reçoit dans la soirée une ordonnance comportant un collyre au nitrate d'argent, des comprimés de sublimé corrosif et 50 grammes de glycérine phéniquée.

Aucune indication sur les proportions d'acide phénique et de glycérine, ni sur le mode d'emploi. Le pharmacien supposant que la glycérine phéniquée doit servir après dilution à la désinfection des instruments et des mains de l'opérateur, délivra 50 grammes d'un mélange à parties égales de glycérine et d'acide phénique. Malheureusement la glycérine phéniquée était destinée au lavage d'un nouveau-né (1). Le lendemain l'enfant meurt avec des brûlures de la face et des mains. Le médecin déclare que le pharmacien s'est trompé et aurait dû délivrer une solution diluée de phénol dans la glycérine.

Les médecins légistes complètent leurs rapports par une enquête auprès d'accoucheurs réputés et de plusieurs pharmaciens. Les premiers déclarent que la glycérine phéniquée n'est jamais employée pour le lavage d'un nouveau-né. Parmi les pharmaciens, la plupart déclarent que le mélange à parties égales de glycérine et d'acide phénique est fréquemment prescrit et qu'ils l'auraient délivré sur le vu de la prescription litigieuse. Quelques-uns cependant disent qu'ils en auraient préalablement référé au médecin.

Les experts concluent à la responsabilité partagée des deux praticiens, mais fortement atténuée et excusable pour le pharmacien.

Le tribunal de Nivelles condamne le premier prévenu, le médecin, pour avoir prescrit une matière toxique sans dose déterminée ou sans indication de l'usage dans lequel se trouve consignée sa composition et ce pour un usage prescrit par les auteurs, à 300 francs d'amende, sans sursis, et à la moitié des frais.

Il condamne le pharmacien pour avoir délivré cette substance toxique sur prescription incomplète à 300 francs d'amende conditionnellement et à l'autre moitié des frais.

Le jugement fait donc une différence entre les deux praticiens : la responsabilité incombe en première ligne et surtout au médecin ; il le condamne sans sursis. Le pharmacien bénéficie de la loi sur la condamnation conditionnelle.

L'arrêt de la Cour de Bruxelles accentue encore cette différence : il maintient telle quelle la peine infligée au pharmacien ; il double l'amende du médecin et la porte à 600 francs.

(*Gazette médicale de Liège*).

Le médecin ou le chirurgien d'un hôpital ne viole pas le secret professionnel en délivrant à la famille de la personne décédée tout certificat ou déclaration des causes de la mort.

D'un arrêt rendu le 30 avril 1907 par la Chambre des requêtes de la Cour de cassation, il ressort que les causes de la mort d'une personne décédée dans un hôpital à la suite d'une opération ne sont nullement des faits secrets de leur nature, par rapport à la famille de la personne défunte. Elles sont légitimement portées à la connaissance de la famille par l'administration hospitalière, et le chirurgien, chef de service, a le droit et même le devoir de s'expliquer, dans un certificat et une déclaration complémentaire par lui délivrés à la sœur de la défunte, sur la relation de cause à effet ayant existé entre la maladie dont souffrait celle-ci et sa mort. En conséquence, le juge peut faire état de ces documents pour prononcer la nullité d'un contrat de rente viagère, par application de l'article 1975 du Code civil.

(1) Où diable ce praticien a-t-il été apprendre à laver un nouveau-né avec de la glycérine phéniquée ?

Fractionnement illicite d'une note d'honoraires

TRIBUNAL DE PAIX DU XVIe ARRONDISSEMENT
23 *mai* 1907.

Un médecin ayant terminé le traitement d'un blessé du travail ne peut fractionner sa note en plusieurs parties (ne dépassant pas chacune 300 francs)dont il demande le paiement successivement au Tribunal, de façon à mettre le défendeur dans l'impossibilité de se pourvoir en appel, si bon lui semblait.

Le Tribunal,

Attendu que par exploit du 20 mai 1907, le Dr L..., a cité M..., en paiement de la somme de 299 francs pour honoraires de soins médicaux donnés pendant les mois d'avril, mai et juin 1906 à D..., victime d'un accident du travail, au service du défendeur ;

Dit que M..., ne conteste ni la réalité du traitement ordonné à D..., ni le montant des honoraires réclamés par L..., et se borne à soutenir que ce dernier avait, au sujet du même accident, formé une première demande en paiement de 213 francs, réduite, après expertise, à 208 fr. 50 par jugement du 25 octobre 1906 pour la période de novembre, décembre 1905 et janvier 1906 ; puis une nouvelle demande en paiement de 288 francs accueillie entière après expertise par un jugement du 14 février 1907 pour la période de février et de mars 1906 et que même c'était plus facile pour lui que de n'agir qu'une seule fois pour la totalité de ses honoraires en épargnant ainsi les frais d'une seconde expertise et ceux d'un 3e procès ; que c'est dans ces conditions que M..., conclut à ce que L..., soit condamné à lui payer, à titre de dommages-intérêts, la somme de 350 francs ;

Attendu que le système de défense de M..., est parfaitement justifié ;

Que, déjà dans le jugement du 14 février 1907, le Tribunal avait cru devoir relever cette manière de faire de la part du demandeur, laquelle sur sa division en 3 parties de la créance qui, cependant, était échue au moment de la 1re demande, puisque le traitement se trouvait alors entièrement terminé, avait manifestement pour but de faire échapper L..., à la possibilité de l'appel de M... ;

Que c'est pour cela que les dépens avaient été, frais d'expertise compris, mis intégralement à la charge de L... ; attendu que le Tribunal pensait alors que L..., en procédant de la sorte n'avait fait que céder à d'imprudents conseils dont il était néanmoins responsable au regard de M... ;

Mais qu'il résulte d'une pièce laissée au dossier que c'est bien à l'initiative de L..., lui-même que doit être attribuée cette combinaison , qu'en bonne justice le Tribunal ne peut pas plus sanctionner aujourd'hui qu'au mois de février ;

Qu'il y a une faute commise par le demandeur et que la conséquence de cette faute est que les dépens lui incombent ;

Que cette décision donne une suffisante satisfaction à M..., qui d'ailleurs, en dehors des dépens, ne justifie pas avoir éprouvé de préjudice appréciable.

Par ces motifs :

Le Tribunal, jugeant publiquement et contradictoirement et en dernier ressort.

Dit que M..., paiera au Dr L... pour règlement final et pour solde de tous les honoraires à raison du traitement médical suivi par D..., la somme de 299 francs;

Rejette les conclusions de M..., en paiement de 300 francs de dommages et intérêts.

Condamne L..., aux dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les récentes distinctions accordées, nous relevons les noms des membres du « Concours » qui suivent et auxquels nous adressons nos plus vives félicitations.

Chevaliers de la Légion d'honneur. — MM. les docteurs FREMONT, de Vichy, et HENSEVAL, de Béthune.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs BOUSSAC, d'Albi ; DARTEYRE, de Saint-Amand-Tallende ; DELOBEL, de Noyon, TASSARD de Saint-Laurent du Jura.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs BOURNY, de Salins ; BREHIER, d'Orbec ; CHABRY, de Paris, AURAND, de Lyon ; GAUTHIER, de Marseille, GALIMARD, de Lyon ; OOSMONT, de Caen, RAYMOND, de Nice.

La vaccination à Paris. — M. le Dr Roux a présenté au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine un rapport sur les visites des établissements vaccinogènes en 1906, qui se termine par cette suggestive déclaration :

« Nous ne pouvons terminer ce rapport sans faire remarquer que plus de trois ans se sont écoulés depuis que la loi sur la santé publique a rendu la vaccination et la revaccination obligatoires, et que cependant la loi n'est appliquée régulièrement ni à Paris, ni dans le département de la Seine. Les listes des assujettis ne sont pas dressées, les séances ne sont pas organisées, les résultats ne sont pas constatés.

« A défaut de la vaccination obligatoire, nous avons la vaccination par persuasion ; espérons qu'elle suffira à préserver la population contre les retours agressifs de la variole. »

Faculté et Hôpitaux.

M. le Dr Dufour fera, du lundi 2 au jeudi 14 septembre, une série de conférences et de travaux pratiques de clinique et thérapeutique infantile avec exercice individuel des élèves.

Le nombre des élèves est limité à 10.

Se faire inscrire dans le service de M. Dufour à l'hôpital St-Louis.

— Le cours de clinique ophtalmologique fait par MM. Monthus et Cantonnet, chefs de clinique à l'Hôtel-Dieu, commencera le 25 août et finira le 7 septembre. Il sera accompagné de présentations de malades. Le droit d'inscription est fixé à 50 francs. S'inscrire à la Faculté.

— Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 mai 1908 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 16 septembre 1907, à 4 heures précises, dans la salle des Concours de l'Administration; rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours sont admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, jusqu'au samedi 31 août inclusivement.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 35 Dimanche 1er SEPTEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LETTRE DE VACANCES

L'AFFAIRE CORMON

Hier, à table d'hôte, l'affaire Cormon a fait les frais de la conversation.

Après que la question de la flanelle eût été discutée à fond, en longueur, en largeur et en épaisseur, on passe à celle du thermomètre qui fut, je suis obligé de l'avouer, moins documentée ; enfin on aborde les incidents :

— Il s'est produit une esquille sans qu'il s'en soit aperçu !

— Une escharre — rectifie justement un voisin.

— Oui, une escharre ...... bien entendu. Il est vrai que cela ne pouvait que multiplier les visites.

— D'ailleurs, les médecins ne cherchent pas à guérir les malades ; ce qu'ils veulent, c'est les prolonger pour aller les voir tous les deux ou trois jours.

— Et cependant si la malade était morte ?— objecta timidement une dame.

— Morte, allons donc ! Et puis qu'est-ce que c'est que leur appendicite ? Ils n'en savent seulement rien. Un professeur l'a déclaré en pleine académie de médecine, ils ouvrent le ventre de gens qui n'ont rien du tout.

— Mais on ne lui a pas ouvert le ventre — objecta à nouveau la dame.

— Il n'aurait plus manqué que cela, c'est bien assez qu'il l'ait estropiée.

— Cette maladie-là, on n'en parlait pas autrefois, elle n'existait pas : personne n'avait d'appendicite. En aviez-vous jamais entendu parler.

— Il faut croire qu'elle est venue comme ça, tout d'un coup, un beau jour.

Un rire général accueillit cette réflexion. Mais une conversation d'un tel intérêt ne pouvait se terminer ainsi, elle reprit immédiatement.

Il faut pourtant que les médecins sachent qu'on en a assez et qu'ils ne peuvent tuer impunément leurs malades. Ils sont responsables, que diable !

—Tant qu'il n'y aura pas quelques bonnes condamnations !

— Oh, ils se soutiennent trop. Voyez les témoins, ils sont tous venus défendre Cormon.

— Le *Matin* a raconté que l'un d'eux n'a pas voulu donner de certificat de peur de perdre sa clientèle.

— Il faut absolument un contrôle à leurs agissements.

— Oui ! voyez donc, un Américain a offert un million pour faire établir ce contrôle, ils se sont arrangés pour faire refuser.

— Un million, c'était pourtant bon à prendre.

— Et ce contrôle, c'est par des savants qu'on voulait le faire exercer.

Si les médecins étaient honnêtes, ils auraient dû être les premiers à l'accepter.

— Il y a pourtant quelque chose à faire.

— On l'a bien dit, il faut défendre notre peau.

Vinrent ensuite quelques citations du factum, puis chacun raconta une petite histoire.

Une dame, que j'ai pu juger neuro-arthritique et prise de l'intestin,tout en avalant une copieuse ration de glace au café :

— Ainsi, moi, mon médecin n'a su que me dire de manger des potages aux légumes, des pâtes et des purées. Vous pensez si je m'affaiblissais.

— Aussi, rectifia le mari, j'ai mis bon ordre à cela en ajoutant le quinquina et les viandes rôties.

— Et puis, madame, tout le monde, excepté votre médecin, vous aurait conseillé d'aller à Vichy ; c'est souverain pour les maladies d'intestin.

— Pas si bête, il voulait vous garder.

— Ah oui, les médecins d'eaux, parlons-en encore de ceux-là.

Vous avez mal à la tête, des douches ; mal au ventre, des douches : des cors aux pieds, des douches ; ils ne savent pas dire autre chose. Que vous alliez bien, que vous alliez mal, ils n'ont qu'une parole à vous répéter : Allons, continuez !

— Je ne suis pas médecin, moi, mais j'en ferais bien autant.

— Et vous sauriez, tout comme eux, réclamer cinquante francs, à la fin de la saison.

— Ah, ils en gagnent de l'argent !

— Et sans grand peine ; ils n'ont pas de frais.

— D'ailleurs partout ils ont augmenté leurs prix.

— Combien prennent-ils chez vous, pour une visite ?

— Autrefois c'était deux francs, maintenant c'est trois.

— Chez nous c'est cinq !

— C'est une grande ville.

— Qu'est-ce que cela fait, ils n'ont pas plus de mal à la ville qu'à la campagne.

— Moi, je préfère m'adresser au pharmacien.

— Un de mes amis avait un enfant atteint d'angine, le médecin n'a rien ordonné, il s'est en allé disant qu'il n'y avait rien à faire. Heureusement que le pharmacien a donné une bouteille contenant du brome — il paraît que c'est très fort — on en a fait prendre une cuillerée à café toutes les heures à l'enfant. Deux heures après, il allait mieux et le lendemain il était guéri.

— Ils avouent eux-mêmes qu'on ne leur apprend rien à l'école de médecine.

— Alors c'est sur nous qu'ils se font la main.

— Ah, ils ne sont pas forts.

Le dessert était terminé depuis longtemps que les histoires continuaient.

J'avoue que cette conversation, après m'avoir prodigieusement intéressé, m'avait mis dans une douce gaieté. Craignant même inconsciemment de jeter une pierre dans cette mare aux grenouilles, j'avais gardé le silence, je dus pourtant me prononcer à mon tour, mon voisin de gauche s'adressait à moi :

— Il faut avoir vraiment besoin d'eux pour s'adresser à des ânes pareils, qu'en pensez-vous monsieur ?

Je pris un temps puis me décidai :

— Ma foi, monsieur, je suis tout à fait de l'avis de Renan, la bêtise humaine est la seule chose qui puisse donner une idée de l'infini.

— N'est-ce pas ? — ajouta avec conviction un marchand d'antiquités assis en face.

Et tout le monde satisfait se leva pour aller admirer le feu d'artifice du Grand Cercle.

*
* *

— Docteur, vous avez clôturé d'une façon peu banale l'inepte discussion de l'autre soir.

Mon incognito était trahi, je partis d'un franc éclat de rire.

Mon interlocuteur qui, assis à une table séparée, avait sans en avoir l'air suivi le colloque, était un juge, Président de Chambre, homme fort distingué, comme je pus m'en convaincre. Je n'étais pas fâché de savoir ce que, dans son milieu, on pouvait penser de cette question de la responsabilité médicale, nous engageâmes la conversation.

— Le médecin, quoi qu'il puisse prétendre, a des responsabilités comme les autres hommes et ne saurait s'y soustraire ; mais pour qu'il soit responsable, il faut qu'il ait péché par ignorance, par négligence, qu'il ait commis une *faute lourde*, suivant l'expression consacrée. Aller plus loin, ce serait tuer chez lui tout esprit d'initiative, ce serait entraver son action sociale et l'empêcher de répondre à la confiance qu'a mise en lui le malade. C'est l'intérêt supérieur de ce malade qui doit tout primer, dût-il en résulter pour lui des inconvénients d'ordre secondaire. Soutenir une thèse opposée, c'est méconnaître absolument l'esprit de la loi.

Seulement, nous juges, nous sommes incompétents, nous ignorons tout dans les cas qui nous sont soumis, et force nous est bien de nous en rapporter aux conclusions des experts.

Malheureusement, rien n'est plus difficile que le rôle d'expert et nombreux sont les hommes incapables de remplir ce rôle.

L'expert non seulement doit être instruit et impartial, mais il doit encore faire abstraction de ses théories personnelles, il doit considérer uniquement l'espèce qui lui est soumise, il n'a pas à généraliser ; il doit se garder surtout de vouloir entrer en scène, de vouloir jouer un rôle ; il doit répondre aux questions qui lui sont posées et n'a pas autre chose à dire.

En général,les experts parlent trop, ils veulent faire un cours,auquel nous ne comprenons rien, d'ailleurs ce qui est plutôt susceptible de nous induire en erreur, d'autant que les avocats viennent amplifier sur son dire, souvent même le dénaturer.

Veulent-ils faire montre de leur savoir ? se tailler une réclame ?

Parfois peut-être, mais le plus souvent ils pèchent par ignorance de leur véritable rôle; aussi leur choix est-il fort difficile et notre embarras, à nous, magistrats, est très grand, car nous pouvons nous tromper de la meilleure foi du monde, en donnant à la déclaration de l'expert une signification que parfois elle n'a pas.

Vous me parlez d'erreurs; eh bien! vous qui, d'une manière générale, connaissez mieux la question que moi, rappelez-vous les circonstances dans lesquelles ces erreurs ont pu se commettre et voyez si le plus souvent l'expert n'y a pas été pour quelque chose.

Je ne parle pas bien entendu des cas où la déposition de l'expert a été nette et formelle, j'entends ceux où il a été prolixe, diffus, où il a voulu prendre la question sous un aspect général, où il a pontifié à l'audience.

— Mais comment se fait-il que des tribunaux se refusent parfois à la constitution d'experts, se déclarant suffisamment édifiés ?

— C'est malheureusement un fait qui se produit de temps à autre ; pour ma part, dans une affaire d'ordre médical, je le considère comme absolument regrettable. En la matière, je vous l'ai dit, nous sommes incompétents, jamais nous ne pouvons être suffisamment éclairés ; le moindre cas peut présenter des difficultés qui nous échappent, des circonstances dont nous ne pouvons soupçonner l'importance et la gravité et que seules peuvent apprécier des personnes ayant fait des études spéciales, ayant rencontré dans leur pratique des faits plus ou moins semblables.

— N'y a-t-il pas danger à désigner un expert unique ?

— Si, il y a danger, car l'expert est homme et peut lui-même se tromper. Qui dit expertise suppose discussion, et le rapport de l'expert ne devrait être que la conclusion de cette discussion. Il y a des idées, des théories personnelles qui peuvent influencer les conclusions de l'expert, or ce ne sont pas ces idées, ces théories que nous avons interrogées, c'est la science médicale elle même, et cette science ne saurait être représentée par un homme quelle que soit d'ailleurs sa valeur personnelle.

— Seriez-vous partisan d'un corps d'experts officiels, porteurs d'un diplôme spécial par exemple ?

— Non, et mon opinion découle de ce que je viens de vous dire : l'expert professionnel — passez-moi cette expression — ne tarde pas à perdre les qualités véritables que doit présenter un expert. Il a tendance à se faire des idées spéciales sur chaque ordre de questions, à avoir des théories générales dans lesquelles tous les cas doivent rentrer ; il n'est pas, devant chaque espèce nouvelle, l'homme nouveau qu'il devrait être et bientôt il se figure que c'est lui qui doit juger, alors que son rôle strict doit se borner à répondre aux questions qui lui ont été posées. L'expert professionnel n'aime pas la contradiction, il ne tarde pas à se croire infaillible, et c'est là encore un gros danger.

— Je crois que si les expertises se faisaient toujours dans les conditions que vous venez de développer d'une manière si nette, nous aurions moins souvent à maudire les jugements et ceux qui les ont rendus.

— On a toujours vingt-quatre heures pour maudire ses juges. Aussi n'est-ce pas à cette impression précipitée que nous en appelons ; un examen plus réfléchi, après le recul de temps nécessaire, fait voir souvent que, si coupables, il y a, les coupables ne sont pas toujours ceux que l'on a pensés.

Et puis, magistrats et médecins sont des hommes, par conséquent sujets à l'erreur ; ces erreurs chez les uns comme chez les autres peuvent avoir des conséquences terribles...... et cependant ils ne sont et ne peuvent être toujours et invariablement responsables.

A. Gassot.

Election d'un représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la mutualité.

Meaux, le 28 octobre 1907.

Monsieur et honoré confrère,

Sur la demande du préfet, le syndicat de Meaux s'est réuni en séance extraordinaire pour nommer un délégué. D'après le décret, ce délégué doit voter et nommer un *représentant des syndicats médicaux* au comité central des mutualités. Je suis ce délégué au 2e degré, pour qui dois-je voter ? Quel est le programme du ou des candidats au bureau central de la mutualité.

Je crois que vous rendriez un très grand service à tous nos confrères délégués et autres en traitant ces questions dans votre estimable journal. Plus que jamais il faut nous serrer les coudes, pour tenter de lutter contre les exploiteurs qui nous grugent de tous les côtés.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'expression de ma meilleure considération.

Dr Charpentier.

Réponse. — Le *Concours médical* a depuis longtemps répété que son candidat est M. le Dr Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux dont le programme est celui du Congrès des Praticiens.

LA SEMAINE MEDICALE

Les injections sous-cutanées d'eau de mer contre l'eczéma des nourrissons.

M. Variot proclame avec satisfaction les résultats que lui ont donné les injections sous-cutanées de sérum marin stérilisé de *Quinton* contre l'eczéma des nourrissons.

« Nous avons injecté, dit-il, suivant les âges, 30 à 50 centimètres cubes d'eau de mer sous la peau des nourrissons eczémateux, à deux ou trois jours d'intervalle, et selon les circonstances ; nous avons répété les injections de trois à seize fois.

« Le plus souvent, dans les cas d'eczéma généralisé, en activité en quelque sorte, plus ou moins ancien, l'effet initial qui suit la première ou la deuxième injection est des plus remarquables. Il y a une véritable poussée aiguë avec vascularisation et gonflement de la peau, le suintement de sérosité qui se produit surtout au visage et au cuir chevelu est extrêmement abondant ; il faut fréquemment changer les compresses qui recouvrent l'éruption ; pendant trois à douze jours environ, cette hypersécrétion continue détachant les croûtes préexistantes, le suintement devient épais, jaunâtre, semblable à du pus ; puis la poussée s'éteint peu à peu, la rougeur luisante de la peau diminue, les squames épidermiques abondantes et épaisses se forment et,

après une quinzaine de jours, la peau tend à reprendre son aspect rose, normal,le cuir chevelu se sèche complètement,les cheveux commencent à apparaître, etc.

« Cette poussée aiguë initiale qui se produit, après les injections d'eau de mer, est assez forte pour qu'on doive en prévenir les parents à l'avance; mais dans aucun cas, elle n'a eu d'inconvénients sérieux ; elle nous apparaît plutôt comme une sorte de dépuration nécessaire par la surface eczémateuse, qui serait un véritable émonctoire, suivant les vieilles doctrines humorales.

« Quoi qu'il en soit, en trois ou quatre semaines le plus souvent, les bébés couverts d'une éruption suintante ou croûteuse que nous avons traités jusqu'à présent ont été débarrassés de leur masque difforme et l'eczéma s'est trouvé sinon totalement guéri, au moins extrêmement atténué.

« Il arrive parfois que de nouvelles poussées eczémateuses se manifestent quelques semaines après la première cure ; en ce cas nous avons cru utile de réitérer les injections.Notre expérience n'est pas encore assez longue pour que nous puissions donner une opinion motivée sur la proportion de ces récidives et leur degré d'intensité.

« Dans certaines formes d'eczéma en placards, limité au visage ou ailleurs,nous avons obtenu plusieurs fois des guérisons rapides et complètes avec quatre à huit injections d'eau de mer, sans qu'aucun suintement anormal ait eu lieu au niveau de l'éruption et sans qu'il y ait eu de poussée réactionnelle. Dans ces cas l'eau de mer a une action siccative directe et rapide sur la peau ; comme lorsqu'on l'emploie d'ailleurs pour la seconde fois dans les formes d'eczéma généralisé et intense. Nous sommes donc portés à croire, d'après ces premières observations que le mode d'action de l'eau de mer sur l'eczéma varie suivant les formes et, probablement aussi,suivant les périodes des éruptions eczémateuses.

« Fixons par des chiffres nos résultats.

« Nous avons traité quinze eczémas infantiles. Aucun choix n'a présidé à la mise en traitement de ces quinze sujets. Ce sont les premiers qui se sont présentés à nous.

« Sur ces quinze sujets, neuf (soit 60 %) ont présenté une poussée eczémateuse réactionnelle après les premières piqûres. Cette poussée a été très vive dans sept cas (47 %), peu intense dans les deux autres (13 %). Six enfants (soit 40 %) n'ont pas vu se produire cette réaction locale.

« La guérison complète apparente, ou du moins une amélioration extrêmement marquée, a été obtenue chez sept enfants, soit dans 47 % des cas. Une amélioration sensible a été observée dans 4 autres cas (26 %).Enfin,dans 4 cas, l'effet a été à peu près nul, sans aggravation d'ailleurs, et même avec une certaine atténuation des lésions. En définitive, action heureuse ou très heureuse dans les trois quarts des cas, nulle ou à peu près dans un quart. »

Les plaies pénétrantes de poitrine par armes à feu.

M. le Dr Just-Championnière termine par les conseils suivants, un récent article sur le traitement des plaies pénétrantes de poitrine par armes à feu.

« Pour les plaies de poitrine par armes à feu et particulièrement pour les plaies de poitrine par armes de petit calibre, je pense qu'il faut conseiller,dans l'immense majorité des cas, l'immobilisation *immédiate* du sujet en bonne situation, et la médication calmante par l'éther en inhalations. la morphine en injections, les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées de sérum simple.

Si aucune exploration intempestive n'est faite, si aucun sondage ne vient infecter la plèvre, toutes les chances sont pour l'arrêt de l'hémorragie et la guérison.

Dans quelques cas, une ponction secondaire ou une ouverture tardive de la plèvre pour un foyer suppuré seront les compléments très rares du traitement.

Pour les cas dans lesquels un projectile a traversé le thorax et se trouve quelque part,même sous la peau, je ne donne pas le conseil d'aller d'abord le chercher. Lorsque l'anxiété des premiers jours sera calmée, on le cueillera facilement sans danger aucun pour le patient.

Il y a des cas dans lesquels, malgré cette règle générale, on interviendra quand même ? Je l'accorde volontiers. Mais parmi les faits que l'on a cités à la Société de chirurgie, on a fait état d'une observation dans laquelle on avait diagnostiqué une plaie du cœur.

Celle-ci n'existait pas. Mais après avoir enlevé des caillots de la plaie, on vit saigner une plaie du poumon et une ligature heureusement placée arrêta l'hémorragie.

On ne peut qu'approuver le chirurgien qui a bien terminé son opération. Mais, on ne peut s'empêcher de croire que rien n'a démontré la nécessité de cette intervention. Car chaque fois que l'on videra la plèvre de ses caillots, on fera saigner la plaie pulmonaire qui ne saignait plus.

Et cela est bien rationnel. On sait qu'il suffit, chez un sujet qui ne saignait plus, de lui infliger un simple mouvement, sous prétexte de l'ausculter, pour faire renouveler l'hémorragie.

De semblables observations,très intéressantes, ne constituent donc pas un argument raisonnable en faveur de l'intervention.

Celle-ci ne saurait être délibérément instituée que dans des cas si exceptionnels qu'il est bien difficile de dire à l'avance quels sont les signes sur lesquels il faudra se baser pour la faire.

Si l'on devait faire un bloc de tous les cas de plaies pénétrantes de poitrine avec accidents graves et traiter les uns par l'intervention, les autres par une abstention de toute intervention, en donnant tous ses soins à une immobilisation méthodique, nul doute que la première conduite mènerait à une quantité de désastres, tandis que la seconde réussirait en règle très générale.

Il nous paraît donc qu'il n'est point d'une bonne pratique chirurgicale de sacrifier un bon nombre de patients pour réussir quelques cas d'intervention, possibles du reste seulement avec des ressources exceptionnelles.

Bien entendu que le traitement par l'immobilisation du thorax doit exclure toute négligence, car le traitement par l'abstention d'intervention n'est pas celui par abstention de tous soins.

Je ne voudrais pas qu'on me fît dire que la thérapeutique est celle du rien faire.

Peu de cas demandent une surveillance plus stricte et des soins plus réguliers. Le sujet doit son salut à ce qu'il a été ainsi suivi, à ce qu'il est l'objet d'une thérapeutique symptomatique très attentive, excluant tout ce qui peut déterminer un mouvement intempestif, un effort quelconque avant la cessation complète des accidents. J'ajouterai encore que, chez ces sujets, il faut être parcimonieux de ces substances que l'on donne en injections sous-cutanées ou en ingestion dans le but de déterminer une excitation générale, caféine, huile camphrée, etc., l'impressionnabilité des sujets et la difficulté d'élimination étant constantes dans ces cas graves.

Le rôle de l'électrothérapie dans les accidents du travail.

Bien que la mode soit surtout, dans les accidents du travail au massage et à la mécanothérapie, M. le Dr A. Laquerrière a insisté, au récent congrès de l'A. F. A. S. de Reims, sur ce fait que l'on peut obtenir aussi facilement avec des applications judicieuses de courants, des actions analgésiques, circulatoires et trophiques.

En particulier l'entorse, l'hydarthrose — les troubles circulatoires, suites de trauma, les plaies atones, les impotences et atrophies musculaires, qu'il s'agisse de névrites ou d'atrophies simples, paraissent tout à fait justiciables de l'application des diverses modalités électriques. Mais il est important de bien choisir et on ne saurait trop s'élever contre la pratique qui consiste à utiliser un courant quelconque au risque, par exemple, de surmener par une faradisation intempestive un muscle en voie d'atrophie.

D'autre part, l'électromécanothérapie est appelée en bien des cas à supplanter complètement la mécanothérapie, parce qu'elle seule permet d'obtenir des contractions musculaires, quand pour une raison ou pour une autre la volonté du sujet est déficiente. Elle permet de faire travailler le muscle, au besoin sur une résistance graduée, quel que soit l'état psychique du malade, et même quand il fait preuve de la mauvaise volonté la plus certaine.

Les contractions musculaires artificielles provoquées par les courants électriques forment le meilleur procédé pour rééduquer les paralysies hystériques, puisque l'électricité est le seul procédé permettant de démontrer au sujet que ses muscles se contractent ; et grâce à l'emploi de résistances, on lui prouve de plus qu'ils sont capables d'un travail sérieux.

D'autre part, dans toutes sortes de parésies, d'impotences suites de traumatisme, le blessé prend l'habitude de ne pas faire fonctionner certains muscles et de se servir, grâce à diverses contorsions, de muscles ayant des actions plus ou moins similaires pour réaliser certains mouvements. Beaucoup d'incapacités légères permanentes après des accidents de travail n'ont pas d'autres causes.

L'exercice systématique des muscles déficients est certainement le meilleur procédé, mais quand le sujet présente ou une volonté mauvaise évidente ou une intelligence trop bornée, on ne peut arriver à lui faire accomplir correctement les mouvements volontaires que l'on désire.

L'application d'excitations électriques appropriées permet, au contraire, et, permet seule, de faire travailler les muscles que l'on désire à l'exclusion de tout autre. On peut donc arriver ıansi à rééduquer le sujet, ce qu'on n'aurait pu faire par aucune autre méthode.

L'électricité est avec la volonté le seul procédé de faire contracter un muscle.

Depuis longtemps, et en particulier depuis les beaux travaux de Duchenne, de Boulogne, on sait utiliser ces contractions musculaires artificielles dans le traitement de diverses affections et l'auteur propose d'appeler *électro-mécanothérapie toutes les applications électriques destinées à produire du mouvement.*

Il pense d'ailleurs qu'il faut y ajouter un nouveau chapitre, celui *du travail musculaire sur une résistance.*

Quand on veut hypertrophier un muscle dans la gymnastique ordinaire, on lui fait faire des efforts progressivement croissants. Avec les appareils électriques modernes (Bergonié, Truchot, Bordet, les divers dispositifs de Gaiffe) on obtient des contractions lentes, s'accroissant lentement, et capables de soulever un poids.

L'auteur utilise dès qu'il n'y a plus de réaction de dégénérescence, la contraction musculaire électrique travaillant sur des résistances progressivement croissantes. On a ainsi tous les avantages de la mécanothérapie en ce qui concerne l'effet gymnastique, mais on a, en plus, l'action trophique du courant, on localise l'action vigoureusement aux seuls muscles qu'on veut exciter, ce qui n'est pas toujours possible quand on est obligé de faire entrer en jeu la volonté du sujet.

L'anaphylaxie.

C'est en 1902 que le terme *anaphylaxie* a été créé par M. Richet, pour désigner l'état de prédisposition spéciale que détermine le poison des actinies de mer à l'influence ultérieure d'une nouvelle inoculation de ce poison ; si l'on injecte à un chien une première dose non mortelle de ce toxique, puis qu'on répète la même injection quelque temps après, l'animal meurt, bien que le total des deux doses inoculées ne constitue pas une dose mortelle si elles avaient été injectées en une fois.

« L'anaphylaxie, dit P. Courmont, dans un article du *Lyon médical*, c'est, en somme, la *prédisposition à une intoxication* par des doses faibles et répétées d'un toxique, dont la totalité injectée en une fois serait incapable d'avoir les mêmes effets toxiques et mortels. C'est exactement *l'inverse de l'immunité antitoxique.*

« Les intoxications répétées peuvent produire dans l'organisme quatre sortes d'effets ou d'états différents : deux nuisibles ; *l'accumulation* (par exemple la digitale), *l'anaphylaxie* ; et deux favorables ; l'*accoutumance* (par exemple pour l'arsenic), *l'immunité* (par exemple pour les toxines microbiennes ou végétales, pour les venins) .

« L'immunité diffère de la simple accoutumance par ce fait qu'elle produit en général, dans les humeurs des sujets vaccinés, des *substances immunisantes* qu'on peut y déceler, qu'on peut injecter à d'autres animaux pour les préserver contre les mêmes toxiques (*antitoxines*). Par exemple l'arsenic ingéré à doses progressives produit l'accoutumance, mais le sérum des su-

jets *accoutumés* ne peut prémunir des sujets neufs contre l'intoxication arsenicale ; au contraire des injections successives de toxine diphtérique, non seulement produisent l'accoutumance, mais donnent au sérum le pouvoir antitoxique, immunisant.

« L'anaphylaxie de son côté diffère du phénomène de l'accumulation. Dans ce dernier cas, il faut, pour l'intoxication, que le total des doses fractionnées successives atteigne la dose nocive ou mortelle ; c'est justement le contraire dans l'anaphylaxie où le total des petites doses qui donnent la mort ne constituerait pas une dose mortelle si elles étaient injectées en une fois.

« On peut donc opposer l'accoutumance à l'accumulation et l'immunité à l'anaphylaxie.

Or, M. Courmont a fait au cours de cinq années des expériences nombreuses d'où il est arrivé à conclure que certains liquides séro-fibrineux tuberculeux ne sont pas ou peu toxiques en injection massive sous-cutanée ou intra-péritonéale au cobaye (à la dose de 25 à 30 cc. c'est-à-dire près du quinzième de son poids), alors qu'ils tuent les mêmes animaux avec lésions congestives intenses, par des doses très minimes (1 cc.) mais répétées (anaphylaxie). De plus, une sérosité du pus d'une pleurésie tuberculeuse purulente n'a pas montré cette propriété qui serait spéciale aux liquides séro-fibrineux. Il va sans dire que dans toutes ces expériences (négatives ou positives) il faut se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, en s'assurant de la nature tuberculeuse du liquide et de la pureté absolue de l'épanchement total.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin

Traitement du diabète (1).

Les enseignements de ma dernière leçon vous ont montré que la théorie du ralentissement de la nutrition, sur laquelle s'appuie la thérapeutique actuelle du diabète, ne repose sur rien de précis. Cette théorie, de plus, ne conduit à aucune médication efficace. Tous les médicaments, en effet, qui augmentent les actes nutritifs, augmentent le sucre, et les essais poursuivis dans cette direction ont tous été suivis d'insuccès. On a tenté alors d'augmenter la consommation organique du sucre : on a prescrit les oxydants ; ils n'ont pas mieux réussi. On s'est dit que, peut-être il fallait y joindre des ferments et l'on s'est adressé à la presure, à la pepsine, au thymus, encore sans succès, à l'opothérapie, au pancréas, sans être plus heureux. Les seuls agents qui, dans cet ordre d'idées, aient procuré quelques résultats sont la levure et les diastases. Celles-ci peuvent, dans certains cas, diminuer le sucre. Ainsi, chez un diabétique rendant 86 grammes de sucre (moyenne de dix analyses), j'ai donné 10 gr. de levure de bière ; le sucre est tombé à 61 grammes ; avec 30 gr. de levure, le sucre est descendu à 75 grammes. C'est une faible diminution, mais c'est une diminution. J'ai cessé la levure et le sucre a baissé encore, à 48 grammes. J'ai donné alors 2 gr. de diastase d'orge germée ; le sucre est arrivé à 46 grammes. J'ai porté la dose de diastase à 6 gr. (dose considérable) ; le sucre est tombé à 3 grammes. J'ai cessé la diastase, le sucre est remonté à 23 grammes. Il résulte de ces expériences que la levure de bière exerce une petite action sur le sucre, et que la diastase à haute dose amène une diminution sensible, quoique non durable, du sucre. La levure et la diastase peuvent être rangées dans les petits anti-diabétiques.

Voilà, en définitive, ce qui reste — quant au traitement — de la théorie du ralentissement de la nutrition : l'emploi de la levure de bière et de la diastase comme petits anti-diabétiques.

(1) Voir *Concours Médical* du 25 août 1907.

Je reviens maintenant aux données — bases de ma thérapeutique personnelle du diabète — que je vous exposais dans une précédente leçon. Les voici résumées :

1° Chez les diabétiques purs, tous les actes de la vie organique sont augmentés ;

2° Cette suractivité de la nutrition se concentre sur deux appareils, le foie et le système nerveux.

De ces propositions — certaines, parce qu'elles sont étayées sur des faits —, résultent deux indications générales. Il faut :

1° Diminuer la source du sucre, en ne permettant que les aliments non sucrés et non susceptibles de produire du sucre. On privera ainsi, en même temps, le foie d'un de ses excitants habituels.

2° Trouver des agents médicamenteux qui restreignent les actes nutritifs par leur action sur l'appareil hépatique et sur le système nerveux.

Nous possédons, dès lors, une documentation suffisante pour établir un traitement. Le traitement, dont je m'occupe aujourd'hui, je le rappelle à nouveau, est celui du diabète franc, floride, type. Je n'ai pas en vue — bien entendu — les diabètes compliqués ou aggravés auxquels s'adressent d'autres thérapeutiques.

Avant d'entrer dans plus de détails, indiquons d'abord deux principes, qu'il convient de ne pas oublier en matière de thérapeutique du diabète franc.

Premier principe : dans le traitement du diabète type, aucun médicament ne doit être employé pendant un temps trop prolongé, sinon son action s'épuise ou devient dangereuse.

Deuxième principe : aucun médicament, quelque bon soit-il, ne donnera de résultat, si le malade n'est pas soumis à une hygiène et à un régime appropriés, dont les règles principales ont été établies par Bouchardat.

L'*hygiène et le régime* — bases de la cure —, chez le diabétique, auront pour objectif la sédation du système nerveux et de l'activité hépatique.

Le diabétique doit faire des exercices musculaires réguliers, modérés, progressifs. Ces exercices ne seront jamais prolongés au-delà d'une li-

mite convenable. Il est une complication grave du diabète, le coma diabétique. Ce coma est provoqué, dans maintes circonstances, par un excès alimentaire ; mais, assez souvent aussi, il survient à la suite d'exercices musculaires exagérés. Le diabétique se tiendra aussi éloigné du surmenage que du sédentarisme.

Vous recommanderez donc l'exercice, sans abus. Il produit une influence sédative en transformant l'activité nerveuse en mouvement.

L'hygiène visera également le bon fonctionnement de la peau. Le revêtement cutané s'infecte facilement, vous le savez, chez ces malades. On aura recours aux frictions, au massage doux.

A l'hygiène physique se joindra l'hygiène morale. Son importance n'est pas moindre. Il faut — il faudrait plutôt — que le diabétique ait une existence tranquille, à l'abri du surmenage et des chocs moraux. Que de fois ai-je vu des diabètes allant bien être subitement aggravés par des ennuis, des chagrins, des chocs moraux. On les évitera dans la mesure du possible.

Autre point. Vous verrez assez fréquemment ceci : des gens, des banquiers, des commerçants, ayant eu toute leur vie une grande activité, quittent un jour leur profession et viennent se reposer complètement à la campagne. A ce moment, le diabète éclate. Le passage subit de la grande activité au repos complet semble être un facteur de diabète. Vous aurez là des conseils à donner. Vous direz à ces personnes de ne pas cesser brusquement toute activité, de faire des exercices, pour dériver l'incitation nerveuse.

L'hygiène, en un mot, comportera une utilisation normale des forces musculaires et nerveuses.

J'arrive au régime. Règle générale : le régime alimentaire du diabétique doit être varié, sinon il amène le dégoût, les troubles digestifs — chose dangereuse, la mauvaise digestion mettant sur la voie du coma diabétique. Ce régime comprendra une partie d'aliments animaux (accommodés comme on voudra, mais avec des sauces sans farine) et deux parties d'aliments végétaux (pas de farineux, tous les légumes verts, accommodés *ad libitum*, sauces sans farine). Les légumes verts exercent, en outre, une action laxative et reminéralisatrice utile au diabétique, qui a une tendance à se déminéraliser.

Le diabétique mangera, sans en abuser, des corps gras — à moins de troubles dyspeptiques, qui sont une contre-indication.

Donner des potages maigres, du bouillon de bœuf, excellent comme reminéralisateur naturel.

En principe, défendre tous les fruits. Autoriser les noix, amandes, pistaches, et, dans la période de reconstitution alimentaire, quelques quartiers de pomme (fruit le moins sucré).

Reste la question du pain, une des plus sérieuses, car c'est une des privations les plus pénibles aux malades. Tout d'abord, repoussez les pains spéciaux, soi-disant anti-diabétiques : vous ne savez pas de quoi ils sont faits. Conseillez au malade de ne pas manger de pain et de le remplacer par un peu de pomme de terre. Le diabétique fait moins de sucre avec la fécule de la pomme de terre qu'avec celle du pain. De plus, la pomme de terre est encore un reminéralisateur. Toutefois, ne tombez pas dans l'exagération et ne dites pas de manger 1500 gr. de pomme de terre par jour. Chez les diabétiques au-dessous de 100 grammes de sucre, allez à 300 gr. de pomme de terre. Chez les grands diabétiques, donnez en moins.

Lorsque les malades réclament du pain, faites une concession. Permettez 50 gr. de pain, de *mie*, contrairement à l'opinion générale qui prône la croûte. Cent grammes de mie renferment 25 gr. d'eau, alors que cent grammes de croûte en renferment seulement 5 gr. Par conséquent, en choisissant la mie, vous donnerez en réalité 20 % moins de pain.

Cela dit sur le régime, voyons quel sera le traitement. Il se compose de deux parties : un traitement permanent, et un traitement par séries, qui marche d'ailleurs parallèlement avec le traitement permanent.

Traitement permanent. = Il comprend, outre le régime alimentaire et les prescriptions hygiéniques, le régime des boissons et quelques indications spéciales.

Le malade boira du vin (rouge, de préférence, à cause du tannin), coupé d'une eau alcaline, généralement Vichy. Lorsque les malades ne veulent pas couper le vin avec l'eau de Vichy, vous leur recommanderez la macération de quinquina :

Poudre de quinquina jaune. }
Poudre de quinquina gris.. } ââ 5 gr.
Poudre de quinquina rouge. }

Faire macérer dans un litre d'eau. A boire dans la journée.

Pour ceux qui ne prennent pas de cette macération, donner un verre à bordeaux de vin de quinquina préparé avec un vin non sucré.

Souvent le diabétique a soif. Pour calmer cette soif, on s'adressera avantageusement à certains produits possédant de petites propriétés anti-diabétiques, par exemple les feuilles de géranium ;

Feuil. de géranium robertianum 2 gr.

Infuser dans 250 gr. d'eau bouillante. Faire deux infusions par jour.

Enfin, il faut toujours remédier à la déminéralisation qui prédispose le diabétique à la tuberculose. Remédier aussi à l'hyperacidité gastrique liée à l'alimentation carnée du patient. Recourir aux paquets suivants :

Bicarbonate de soude...... } ââ 4 gr.
Magnésie................ }
Carbonate de chaux........ 6 gr.

Diviser en 12 paquets ; un après chaque repas.

Traitement partiel.

Il comprend plusieurs séries.

A) Première série (3 jours de durée).

Elle a pour base *l'emploi de l'antipyrine :*

Antipyrine .... 1 gr.
Bicarbonate de soude...... 1 gr. 25

dans un paquet nº 6.

A prendre, dans de l'eau de Seltz, le premier une heure et demie avant le déjeuner et le second une heure et demie avant le dîner (avant les repas, l'antipyrine étant antipeptique).

Les diabétiques supportent très bien l'antipyrine. Seuls les anorexiques, les faibles, les déchus, la tolèrent mal. On ne la donnera pas aux albuminuriques, si l'albuminurie dépasse 1 gramme.

Cette série dure 3 jours, pas plus. A ce moment, le médicament a produit son maximum d'effet. D'ailleurs, si on prolongeait l'antipyrine,

on risquerait de provoquer de l'albuminurie, accident qui n'est pas à craindre lorsqu'on ne dépasse pas la limite de trois jours.

Il est un moyen de savoir si l'antipyrine va réussir. C'est de prendre deux jours avant et pendant son administration, la densité et le volume de l'urine émise.

Si, par exemple, vous avez les résultats suivants :

Avant l'antipyrine : Densité : 1.035. Quantité d'urines : 3 litres.

1er jour : Densité : 1037. Quantité d'urine : 2 litres ;

Il suffit, cessez l'antipyrine, vous auriez des ennuis.

Supposez au contraire, que vous ayez :

1er jour : Densité : 1030. Quantité d'urine : 2 litres ;

Continuez les trois jours, vous êtes sûr du succès.

Il faudrait encore suspendre l'antipyrine si le malade sentait de l'oppression, ou avait une éruption. J'ai remarqué qu'elle ne réussissait pas, non plus, quand le sujet accusait un sentiment de tension dans la face.

A la suite de ces 3 jours, de cette première étape, vous dosez le sucre. Dans 80 % des cas, avec ce traitement (hygiène, régime et traitement permanent suivis), vous pouvez vous engager et dire qu'il y aura une diminution du sucre de 50 %.

Le sucre a-t-il disparu, vous ne passez pas à la deuxième série. Sinon, vous y passez.

B) Deuxième série.

Elle dure six jours et comporte l'emploi du bichlorhydrate de quinine et de cachets composés d'arséniate de soude, lithine, codéine, etc. Voici sa formule :

1° Bichlorhydrate de quinine 0 gr. 60
(0 gr. 40 à 0 gr. 60).
dans un cachet n° 6.

Prendre un le matin, à jeun, dix minutes avant le déjeuner.

2°	Arséniate de soude........	2 milligr. 1/2
	Carbonate de lithine......	0 gr. 20
	Codéine..................	0 gr. 01
	Poudre thériacale.........	0 gr. 25
	Extrait de quinquina......	0 gr. 25

Dans un cachet. Deux par jour.

La poudre thériacale, que l'on a abandonnée à tort, agit ici en empêchant les troubles digestifs et en fournissant un léger renfort opiacé.

Au bout des six jours, faire une analyse des urines. Le sucre a-t-il disparu, on ne passe pas à la série suivante. Si non, on y passe.

C) Troisième série.

Elle dure 9 à 10 jours et consiste dans l'usage des cachets précédents (arséniate de soude, codéine, etc.), sans quinine.

Nouvelle analyse d'urine, à la suite de laquelle on passe ou non à la 4e étape.

D) Quatrième série.

Elle associe l'usage de la levure, de la diastase et du sel de Seignette — en raison de l'action de ce dernier sur la circulation hépatique et la reminéralisation. On fait prendre :

1° Dix minutes avant le déjeuner et le dîner, 5 gr. de sel de Seignette, dans de l'eau de Seltz.

2° Au milieu du déjeuner, une cuillerée à café de levure de bière ;

3° Au milieu du dîner, 2 gr. de diastase.

Après 8 à 9 jours, on passe, s'il y a lieu, à la 5e étape.

E) Cinquième série.

Elle reproduit l'ancien traitement de Villemin, traitement excellent, à condition de ne pas le continuer longtemps :

Extrait de belladone......	0 gr. 005
— thébaïque	0 gr. 01
— de valériane.......	0 gr. 10
Poudre de quinquina......	Q. S.

pour une pilule.

Donner en surveillant la tolérance : le 1er et le 2e jours, 4 pilules, une toutes les 6 heures ; le 3e et le 4e jours, 6 pilules, une toutes les 4 heures ; le 5e et le 6e jours, 8 pilules ; le 7e et le 8e jours, 6 pilules ; le 9e et le 10e jours, 3 pilules.

Chez les malades ne tolérant pas la belladone ou les opiacés, je remplace ces pilules par du bromure de potassium, un gramme avant le déjeuner et le dîner. Je n'administre le bromure jamais plus de 8 jours.

F) Sixième série.

C'est la partie la plus faible. Elle comprend les anti-diabétiques incertains (*anacarium occidentale*, etc.)

Tel est le traitement type. On l'applique, en se fondant toujours sur la réduction du sucre et sur la série qui a eu le plus d'action.

Je suppose que, à la fin d'une série, le sucre ait disparu. Tout est-il terminé ? Non ; il convient de soumettre le malade au traitement de consolidation. Voici en quoi il consiste :

1° Carbonate de lithine....... 0 gr. 20
dans un paquet.

Faire dissoudre dans de l'eau de Seltz et prendre dix minutes avant le déjeuner et le dîner.

2°	Liqueur de Boudin........	100 gr.
	Eau......................	100 gr.

Une cuillerée à café au milieu du déjeuner et du dîner.

Continuer 15 jours cette médication.

Quand le sucre a disparu, la première chose à faire est de maintenir le régime. On attend un mois. Si, à ce moment, le sucre n'est pas reparu, vous accordez quelques changements à l'alimentation. Vous permettez 60 gr., 100 gr. de pain, un fruit ou deux. Vous avez soin de contrôler l'effet de ces modifications du régime par l'analyse des urines. Retrouvez-vous du sucre, vous faites machine en arrière.

Je suppose maintenant que, au contraire, après votre premier traitement, le sucre n'ait pas disparu, et que vous ayez seulement observé une diminution. Vous attendez trois semaines et vous recommencez un nouveau traitement, en choisissant les séries qui ont procuré le plus d'amélioration. Vous arrivez ainsi, après un ou plusieurs de ces traitements successifs, à amener le sucre urinaire à zéro ou à un taux fixe qui représente une sorte de minimum. Voici quelques exemples pris dans notre service : un diabétique franc, avec 185 gr. de sucre, amené successivement à 116 gr., à 75 gr. et à 0 ; un autre avec 416 gr. (diabète pancréatique) amené à 258 gr., 171 gr., 146 gr. ; un troisième avec 136 gr. amené à 76 gr., à 7 gr. 50 : il se maintient entre 7 et 10 gr. Voici un cas plus détaillé concernant une malade que nous avons actuellement dans les salles :

	Densité de l'urine	Sucre
Jour de l'entrée.......	1029	72 gr.
2e jour..............	1029	96 gr.
3e jour (antipyrine)...	1028	47 gr.
4e jour (antipyrine)...	1027	23 gr.

Un incident, l'albuminurie, oblige à suspendre l'antipyrine. On passe à la deuxième série, quinine et cachets.

5e jour (quinine et cachets)............	1026	5 gr.
6e jour (id.)..........	1017	3 gr.
7e jour (id.)..........	1011	0 gr.

Depuis, le sucre n'a pas reparu. Nous avons permis 50 gr., ensuite 100 gr. de pain. L'analyse de l'urine est toujours négative, quant au sucre, et nous pouvons considérer la malade comme guérie. Toutefois, elle n'est pas guérie de son aptitude au diabète et il faut lui faire suivre le traitement de consolidation et un régime, moins strict sans doute, mais basé sur les mêmes données, pendant une année encore.

Dans quelles limites peut-on guérir du diabète? J'ai fait une statistique. Sur 100 cas pris au hasard, j'ai vu 24 fois une guérison complète, les malades en question ayant pu reprendre après un an une existence normale (en évitant le sucre, les pâtisseries, les féculents). C'est un chiffre énorme puisque l'on conclut volontiers à l'incurabilité du diabète. Au bout de combien de temps peut-on déclarer la guérison définitive ? Deux ans environ après la disparition du sucre. Sur les 100 cas dont je parle, 24 sont en état de guérison problématique ; ce sont des sujets qui n'ont plus de sucre, mais chez lesquels le sucre reparaît dès qu'il y a écart de régime, pour disparaître rapidement. D'autres, au nombre de 33, ont une amélioration considérable. Ils vivent avec leur diabète en le dominant, à condition de suivre un régime et un traitement deux ou trois fois par an. Enfin, 18 ont peu obtenu : chez eux le sucre est tombé de 600, 700, 800 gr. à 200, 300 ou 400 gr.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

CHIRURGIE PRATIQUE

Quand doit-on amputer dans les écrasements du membre inférieur ?

Autrefois tout écrasement d'un membre imposait l'amputation immédiate. Il n'en est plus de même aujourd'hui : non seulement, tout le monde s'accorde à rejeter l'amputation immédiate, mais on essaie de conserver le membre broyé, s'il est possible, et on ne recourt à l'amputation que quand la conservation se montre comme ayant échoué, soit que l'infection menace la vie du malade, soit que le résultat fonctionnel se présente comme inférieur à ce que donnera un bon moignon.

Théoriquement, ces règles sont faciles à tracer, mais, quand on entre dans les cas particuliers, les indications deviennent beaucoup plus difficiles à préciser. C'est dans ce but que M. Imbert, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille, vient d'étudier quand on doit amputer en cas d'écrasement du membre inférieur (1).

Et d'abord, il convient de s'entendre sur ce terme d'écrasement du membre inférieur. On n'y doit pas faire rentrer les fractures comminutives ouvertes.

Il y a écrasement du membre inférieur, quand les trois conditions suivantes se trouvent réalisées :

1° Lésions osseuses comminutives multiples;

2° Lésions de la peau qui est déchirée et décollée;

3° Lésions des parties molles (attrition profonde des masses musculaires, des vaisseaux et des nerfs; décollements étendus des interstices musculaires).

Il convient, en outre, de ne pas faire entrer en ligne de compte les écrasements des orteils et de l'avant-pied, dont le pronostic et le traitement, diffèrent notablement des véritables écrasements.

*
* *

Pour bien classer les faits, il faut distinguer quatre périodes :

1° *Période immédiate.*— Celle-ci comprend environ les vingt-quatre premières heures : c'est la période du choc traumatique. A cette période, le traitement doit consister à remonter le malade, pour le faire sortir de l'état de choc; au point de vue chirurgical, on pratiquera le nettoyage du foyer d'écrasement.

A cette période on ne devra jamais amputer: toutes les tentatives d'exérèse devront se borner à faire tomber un membre, qui ne tient plus que par des lambeaux de peau ou de muscles, insuffisants à assurer sa nutrition et fatalement voué au sphacèle. On excisera de même les lambeaux de muscle ou de peau qui flottent contus et dilacérés et ne présentent plus aucune vitalité. Mais, jamais d'amputation réglée; c'est ajouter au choc traumatique le choc opératoire et vouer son malade à une mort certaine.

2° *Période primitive.*—Cette période comprend environ les quinze premiers jours; c'est la période où apparaissent les grands processus infectieux : tétanos, gangrène, etc.

Le tétanos ne comporte aucune indication spéciale; qu'on ampute ou qu'on n'ampute pas, le résultat sera toujours le même. Dans certains cas toutefois, l'amputation est à conseiller comme devant supprimer le foyer d'infection.

La gangrène gazeuse n'est pas non plus par elle-même une indication formelle à l'amputation: certains auteurs ont pu sauver leurs malades sans amputer, à l'aide de larges incisions et de débridements profonds, aidés ou non de l'action de l'oxygène. Néanmoins, surtout si on a la chance d'intervenir de bonne heure, avant que les lésions ne remontent trop haut, l'amputation peut couper le mal dans sa racine. Imbert conseille formellement l'amputation dans les cas de gangrène gazeuse.

La gangrène du membre n'est pas rare après les traumatismes, généralement due à des troubles circulatoires par thrombose veineuse et surtout artérielle. Cette gangrène rend la conservation impossible et peut être l'origine d'une septi-

(1). L. IMBERT.— « Les écrasements du membre inférieur: conservation ou amputation. » *Revue de Chirurgie*, 1907, t. XXXV, p. 260-283.

cémie mortelle par la résorption qui se fait dans le foyer. Aussi y a-il lieu d'amputer dès que la gangrène est constatée.

La septicémie constitue une dernière circonstance où l'amputation peut être discutée à la période primitive. A la suite des écrasements du membre inférieur, l'infection est fatale et il est absolument impossible de l'éviter. Lorsqu'elle est légère, il n'y a rien à faire. Mais bien souvent la fièvre s'allume et monte à 39° ou 40°. Cette fièvre n'est pas elle-même une indication à l'amputation. Si, malgré son élévation, l'état général se maintient, si le malade s'alimente, on continuera la conservation. Si, au contraire, on constate de la rapidité persistante du pouls, de la pâleur de la face, un amaigrissement rapide, la langue sèche, quelquefois même un peu de délire et de subictère, il n'y a pas à hésiter ; tous ces signes sont l'indice d'une résorption septique ; il faut alors intervenir sans tarder, en général vers le troisième ou quatrième jour de l'accident. Il faut savoir ne pas trop retarder l'intervention, car l'organisme s'imprègne de ces produits septiques dont les effets persistent après l'exérèse et peuvent amener la mort.

3° *Période secondaire.* — Celle-ci est caractérisée par des complications d'ordre local : suppuration nécrose des os et des téguments.

Dans cette période, l'amputation est rarement indiquée : elle sera justifiée par la persistance très prolongée des accidents infectieux et le désir formellement exprimé par les malades d'obtenir une guérison aussi rapide que possible.

4° *Période tardive.* — C'est la période qui fait suite à la cicatrisation complète des plaies. A cette période, l'amputation ne présente qu'une seule indication : la constitution d'une pseudarthrose rebelle.

Les indications de l'amputation dans les écrasements ainsi précisées, il nous est permis de nous demander où et comment devra être pratiquée cette intervention.

Le siège de l'amputation ne saurait être douteux en cas d'amputation tardive : ce sera l'amputation classique suivant le siège de la pseudarthrose, presque toujours l'amputation au lieu d'élection.

La discussion n'est ici de mise que dans les cas d'amputation primitive ou secondaire ; là, en effet le siège doit varier suivant les cas.

Dans le cas de gangrène gazeuse, on amputera au-dessus des lésions si possible, c'est à dire presque toujours très haut, à la cuisse plutôt qu'à la jambe.

Dans les autres cas, au contraire, l'amputation sera pratiquée peu au-dessus de l'écrasement. La gangrène n'a ici aucune tendance à remonter comme dans les gangrènes séniles ou diabétiques la limitation se fera au niveau du traumatisme. Il suffit donc en pratique, dans tous ces cas, d'amputer assez haut pour que la taille des lambeaux soit facile et pour qu'on évite de passer dans des tissus sphacélés ou tout au moins infectés : c'est dire que presque toujours l'amputation se fera au lieu d'élection.

Enfin, dans tous les cas où on opère près d'un milieu septique, il faut laisser ouvert le foyer d'amputation : la fermeture du moignon, même largement drainé, est insuffisante. On sera ainsi parfois obligé à sectionner ultérieurement un bout d'os qui dépasse. C'est ainsi qu'on devra faire toutes les amputations primitives.

Pour les amputations secondaires, la septicité du foyer étant beaucoup moindre, on pourra refermer immédiatement la plaie en se contentant de drainer.

M. Guibé.

(in *Presse médicale*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les résultats de la cure brome-opium dans le traitement de l'épilepsie

La cure de bromure et d'opium, combinée à la balnéothérapie, constitue aujourd'hui le meilleur moyen, dont nous disposions pour améliorer dans de notables proportions et peut être guérir l'épilepsie. Malheureusement, cette méthode est encore peu connue, ou tout au moins peu mise en pratique ; plus de 50 % des épileptiques s'adressent aux empiriques et aux charlatans, dont les remèdes à base de bromure, leur apportent, il est vrai, quelqu'amélioration. D'autres se traitent par le bromure en nature, mais à trop faibles doses. Bref, en ces dernières années, les progrès de la thérapeutique épileptique, mis à part les ablations d'exostoses, les excisions de cicatrices sont restés insignifiants. Cependant, le brome-opium mériterait d'être employé plus souvent, si l'on en juge par les résultats que nous fait connaître le Dr Kellner (*Munch. Med. Wochens*, n° 48, 1906).

Voici d'abord de quelle façon il règle depuis dix années son traitement. Durant 50 jours il donne aux malades chaque jour trois fois une dose d'extrait d'opium, qui, le premier jour consiste en trois fois 0,05 centigr, puis chaque deuxième jour est augmentée de 0,01 centigr., pour atteindre, le 50e jour, trois fois par jour 0,29 centigrammes. La dose suivante de 0,30 n'est donnée qu'une seule fois le 51e jour au matin.

Ainsi se termine la cure d'opium, qui est aussitôt suivie d'une cure de bromure dans les conditions suivantes : à midi et le soir du 51e jour, on prescrit chaque fois une dose, comprenant 2 grammes d'un mélange de bromure, soit pour 1 gramme de bromure de potassium, 0,50 centigr. de bromure de sodium de 0.50 centigr. de bromure d'ammonium.

Les 52e et 53e jours on donne 6 grammes par jour de ce mélange, les 54e et 55e, 7 grammes ; les 56e et 57e jours, 8 grammes. A partir du 58e jour enfin, on prescrit 9 grammes par jour, et l'on continue longtemps ainsi. Le bromure se prend dans un verre d'eau fraîche, ou d'eau minérale alcaline.

Pendant la cure d'opium, le malade reçoit trois fois par jour une cuillerée à potage d'une solution d'acide chlorhydrique à 1 pour cent, et de l'eau de Carlsbad suivant ses besoins ; mais il est à remarquer que celle-ci est rarement nécessaire, car aucune constipation ne se produit, même après les fortes doses d'opium. Suivant l'état de l'estomac, et suivant l'appétit, Kellner remplace l'acide chlorhydrique par du bismuth. Naturellement il faut que, pendant la cure, le régime soit léger, dépourvu d'épices, et surtout composé d'une alimentation végétale. En outre,

le malade doit beaucoup se promener au grand air; il est même très désirable que, durant les 50 jours de cure opiacée, il abandonne toutes ses occupations professionnelles, et ne s'astreigne à aucun travail.

Les bains constituent le troisième facteur de la cure ; ils sont donnés pendant les 50 jours d'opium suivant le mode indiqué par Kellner : le 1er jour, un bain à à 24°C pendant dix minutes ; le 2e jour un bain de 23° pendant neuf minutes ; puis le 3e jour un bain de 22° pendant 8 minutes. En continuant de la sorte on arrive le 8e jour à un bain de 17° pendant 3 minutes, que l'on renouvelle quotidiennement jusqu'au 15e jour. Du 16e au 23e jour, le bain de 17° est donné pendant 4 minutes, puis du 24e au 31e jour pendant 5 minutes, et du 32e au 50e jour pendant 6 minutes.

Jusqu'à présent, Kellner a soumis 86 épileptiques à ce traitement. Pour les choisir parmi les autres malades, atteints de la même affection, il ne s'est pas occupé de leur constitution physique plus ou moins vigoureuse, mais uniquement de leur état mental ; il est en effet, naturel de penser qu'un patient dont l'intellect est très altéré par le nombre et l'intensité de crises épileptiques antérieures, ne puisse attendre aucune amélioration d'aucun traitement. Kellner ne s'est donc occupé que des épileptiques, fort nombreux d'ailleurs, dont l'état mental était intact ou presque intact, et valait la peine d'efforts pour être maintenu dans sa forme ou amélioré.

Il est naturel de penser que cette dose d'opium variant progressivement de 0,05 à 0,30 ne puisse être donnée qu'à des malades adultes, bien portants, et doive être modifiée suivant l'âge du patient. Par exemple, chez un épileptique, de 10 à 12 ans, on commence par 0,015 en n'augmentant chaque jour que de 0,005 milligrammes, pour arriver à une dose maxima de 0,15 centigrammes. De même en pareil cas on doit s'arrêter à une dose quotidienne de 4 à 5 grammes de bromure.

Jamais Kellner n'a observé chez ses malades de collapsus provoqué par l'opium ; mais dans 20 % des cas, il a dû suspendre ce médicament, pour raison d'intolérance.

Voici les résultats obtenus ; 86 malades furent soumis à la cure ; 6 d'entr'eux sont encore en traitement, et ne peuvent par conséquent pas être compris dans la statistique. La cure fut interrompue dans 20 % des cas, ainsi qu'il est dit plus haut, en raison d'une intolérance pour l'opium : elle resta sans résultats dans 7,5 % des cas.

Chez 29 % des malades on nota une diminution dans la fréquence et l'intensité des attaques, comme le fait peut s'observer dans la simple cure bromurée.

Chez 16 % d'entre eux, l'amélioration réalisée fut très sensible, en ce sens que les attaques n'apparaissent plus qu'à des intervalles de quelques mois, ou même furent remplacées par des vertiges épileptiques.

Enfin, dans 27, 5 % des cas les malades sont restés sans attaques depuis la cure ; c'est-à-dire que leur guérison persiste depuis deux ou six années.

Chez tous les patients traités par Kellner, le diagnostic d'épilepsie congénitale avait été nettement établi, en éliminant toute épilepsie jacksonnienne ou hystéro-épilepsie. Le succès de la cure brome-opium semble tenir à des causes qu'il nous est impossible de déterminer. Ni la gravité de la maladie, ni sa durée antérieure, ni la présence ou l'absence d'aura, d'état post-épileptique ne semblant influencer les résultats du traitement. Le pronostic toutefois serait d'autant plus sombre que la maladie serait apparue plus tardivement.

En somme, la statistique de Kellner est très encourageante par les excellents effets de la cure brome-opium qu'elle vient démontrer ; elle ne peut qu'inciter tous les praticiens à l'employer dans le traitement de l'épilepsie congénitale.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Condamnation du Ministre de la guerre à payer pour soins donnés à un ouvrier de la cartoucherie les honoraires d'un médecin choisi par le blessé.

Entre :

M. le docteur D... demandeur

Et 1e Monsieur le ministre de la guerre; 2e M. F..., tous deux défendeurs.

Point de fait :

Suivant exploit du neuf novembre mil neuf cent six, M. le docteur D... a fait citer M. F... et M. le Ministre de la guerre à comparaître à l'audience publique et par-devant Monsieur le juge de paix du canton de Vincennes, pour :

S'entendre condamner M. F... et M. le ministre de la guerre solidairement à payer à M. le docteur D..., la somme de vingt-quatre francs pour honoraires et soins donnés par lui à M. F..., ouvrier blessé en travaillant à la cartoucherie de Vincennes.

S'entendre, en outre, Monsieur le ministre de la guerre, condamner à payer au requérant la somme de trois cents francs à titre de dommages-intérêts, pour détournement de clientèle et refus de paiement des honoraires et soins précédés ;

S'entendre, encore les deux défendeurs, condamner solidairement aux intérêts de droit et à tous les dépens ;

Sous toutes réserves.

A l'appel de la cause,

Le Dr D.... a conclu à ce qu'il plût au tribunal de lui allouer le bénéfice des conclusions par lui prises en son exploit introductif d'instance. Monsieur le ministre, défendeur, de son côté, n'a pas dénié les soins donnés par le demandeur, mais il a conclu cependant au rejet de la demande en paiement desdits honoraires, pour ce motif que le sieur F..., recevant les soins du médecin-major, il n'y avait pas lieu pour lui de recevoir également les soins d'un autre docteur et qu'il n'a pas prévenu ni demandé l'autorisation de changer de médecin ;

Il conclut de même au rejet de la demande en dommages-intérêts, comme mal fondée et ne reposant sur aucun motif sérieux ;

L'affaire en cet état, il a été statué en ces termes :

Le tribunal :

Ouï les parties en leurs explications et conclusions,

Attendu que le docteur D... a fait assigner Monsieur le ministre de la guerre et M. F... en paiement solidaire de la somme de vingt-quatre francs pour soins donnés à M. F..., ouvrier blessé en travaillant à la cartoucherie de Vincennes ; Et Monsieur le Ministre de la guerre en trois cents francs de dom-

mages-intérêts pour détournement de clientèle et pour s'être refusé, sans droit et en invoquant des arguments contraires à la loi, à payer le requérant ;

Attendu que Monsieur le Ministre, sans dénier que le demandeur ait donné des soins à M. F... conclut au rejet de la demande en paiement de ses honoraires, pour le motif que F... n'a point cessé de recevoir les soins du médecin-major et au rejet de la demande en dommages-intérêts comme ne reposant sur aucun grief sérieux ;

Attendu que le sieur F..., déclare que pendant les quinze jours qu'il a reçu les soins du docteur D..., il n'a ni réclamé ni reçu les soins du médecin-major, et s'en rapporte à la justice.

Sur la demande en paiement d'honoraires :

Attendu que l'article quatre de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, modifiée par celle du trente-et-un mars mil neuf cent cinq, dispose que

« *La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin* » ;

Que ces expressions s'appliquent aussi bien aux cas où le blessé change de médecin pendant le cours du traitement, qu'à celui où il fait son choix au début de la maladie ;

Attendu toutefois qu'il ne saurait imposer au chef d'entreprise le paiement des honoraires du médecin par lui choisi, s'il recevait ou continuait à recevoir les soins du médecin du chef de l'entreprise ;

Attendu que le défendeur, M. F., soutient, il est vrai, que le médecin-major a déclaré qu'il n'avait cessé de donner ses soins à M. F..., mais que cette attestation, démentie par ce dernier, ne saurait constituer une preuve ;

Que, du reste, les soins donnés par le docteur D... n'ayant duré que quinze jours, le major a pu ne pas s'apercevoir que pendant ce court laps de temps, F... ne s'était pas présenté à sa visite.

Attendu que vainement le défendeur prétend tirer argument de ce que le blessé n'aurait pas prévenu de sa volonté de choisir un autre médecin :

Qu'une pareille obligation ne lui est pas imposée par la loi ;

Sur les dommages-intérêts :

Attendu que cette demande n'est aucunement justifiée ; que le demandeur allègue que le médecin-major, a par des menaces, détourné F. de continuer à recevoir ses soins, mais que cette allégation n'est nullement justifiée et paraît peu vraisemblable ;

Qu'il invoque aussi le refus qui lui est opposé de lui payer ses honoraires, mais que c'est là le droit de tout plaideur, sauf au juge à trancher le différend ;

Par ces motifs

Le tribunal, jugeant en premier ressort :

Condamne solidairement Monsieur le Ministre de la guerre et Monsieur F... à payer à M. le docteur D..., la somme de vingt-quatre francs pour les causes sus-énoncées, et les condamne aux dépens. Rejette la demande de dommages-intérêts.

Tribunal de paix de Château-Chinon, 19 mars 1907

Les enfants d'une personne se trouvant en situation de leur réclamer l'exécution de l'obligation alimentaire, sont tenus de payer au médecin qui lui a donné ses soins le montant de ses honoraires, alors même que c'est le malade lui-même qui a fait appeler le médecin.

Cette obligation subsiste malgré la pension alimentaire servie par les enfants, lorsqu'il résulte des circonstances que le chiffre n'en a pas été fixé pour faire face en sus des frais ordinaires de nourriture, de logement et d'habillement, aux dépenses extraordinaires que peut nécessiter une maladie — et notamment lorsque la pension alimentaire n'a pas été fixée judiciairement, mais a été stipulée comme condition d'une donation à titre de partage anticipé.

Si l'obligation alimentaire n'est pas de sa nature solidaire et individuelle entre les enfants sur lesquels elle pèse, il appartient au juge, suivant les circonstances, de décider que l'un des enfants sera tenu de payer la totalité de la dette alimentaire, sauf son recours contre ses co-débiteurs pour la portion mise à leur charge.

Nous publions ci-dessous l'intéressant jugement obtenu avec l'appui du Sou médical et qui a été rendu par M. Girard, juge de paix de Château-Chinon.

Attendu que, prévenu par le fils de Monsieur et Madame Bardiault Léger, M. le Lemoine s'est transporté le vingt mars mil neuf cent cinq, à la Ruchette, commune d'Arleuf, au domicile de M. Claude Léger, qui par accident s'était luxé une épaule : que le lendemain, vingt et un mars, accompagné de M. le Dr Ferry, dont il avait demandé l'assistance, il s'est transporté de nouveau au domicile de M. Claude Léger et a opéré la réduction de la luxation dont ce dernier souffrait après l'avoir anesthésié par l'emploi du chloroforme, qu'enfin il lui a fait une troisième visite le vingt-cinq mars suivant :

Attendu qu'il résulte des débats que, quelque temps après, M. Léger a été trouver M. le Dr Lemoine, et lui a versé une somme de vingt francs à compte sur celle qu'il pouvait lui devoir et dont M. le Dr Lemoine ne lui avait pas encore fait connaître l'importance ;

Attendu que le mémoire présenté depuis par M. le Dr Lemoine s'élève à la somme de cent quatre-vingts francs, et est ainsi conçu : trois visites, trente francs, opération, réduction de luxation de l'épaule chloroformée, cent vingt francs; M. le Dr Ferry aide, trente francs ; Total cent quatre-vingts francs, reçu vingt francs, reste dû, cent soixante francs.

Attendu que, par exploits de MMe Ducreux, huissier à Château-Chinon, en date du dix-neuf février mil neuf cent sept et Thévenin, huissier à Paris, en date du vingt-trois février de la même année, M. le Dr Lemoine a fait citer par devant nous, M. Claude Léger, comme débiteur principal, M. et Mme Bardiault-Léger, comme tiers ayant fait appeler le médecin et ces derniers et MM. Jean-Louis Léger et Jean-Marie Léger, tous solidairement avec M. Claude Léger à raison de la nature de la créance afin d'avoir paiement de la somme de cent soixante francs, solde de son mémoire ;

Attendu que M. Claude Léger conteste formellement le chiffre du mémoire présenté par M. le docteur Lemoine et demande que ce chiffre soit réduit à la somme de cinquante francs ;

Attendu en ce qui concerne cette demande de réduction que la loi n'a pas fixé le tarif des honoraires que les médecins peuvent réclamer pour les soins qu'ils donnent aux malades, mais qu'il est de jurisprudence constante que le juge doit, pour en déterminer le chiffre, tenir compte surtout de la situation de fortune de la personne traitée.

Attendu qu'il résulte des débats que M. Claude Léger ne possède actuellement aucune autre ressource pour vivre, qu'une pension alimentaire de trois cents francs par an, qui lui est desservie par ses trois enfants, et qu'en conséquence, ne pouvant plus, vu son âge, se livrer à aucun travail, il peut presqu'être considéré comme indigent ;

Attendu qu'aux termes du tarif du service de l'assistance médicale gratuite du département de la Nièvre, le prix des opérations qu'a nécessité l'état de M. Claude Léger, est fixé ainsi qu'il suit :

Anesthésie générale, dix francs ;

Réduction de luxation de dix à quinze francs ;

Attendu que ce tarif ne doit toutefois pas être appliqué dans le cas qui nous occupe, M. Léger n'étant pas absolument indigent et son état de santé général, ayant, ainsi que l'a déclaré M. le Dr Lemoine, nécessité pour faire l'opération, des précautions particulières ; qu'en conséquence, il y a lieu de majorer ce tarif, tout en réduisant cependant, vu la situation de fortune de l'intéressé, le chiffre de la demande de M. le Dr Lemoine ;

Attendu que, par les mêmes motifs, le chiffre de trente francs alloué par ce dernier à M. le Dr Ferry pour honoraires d'assistance à l'opération doit subir également une réduction ; attendu qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de la demande reconventionnelle formée par M. Claude Léger contre M. le Dr Lemoine, aucune preuve n'étant apportée à l'appui de cette demande qui du reste paraît absolument dénuée d'importance ;

Attendu, en ce qui concerne la demande de paiement solidaire du mémoire dont il s'agit introduite contre M. et Mme Bardiault Léger, et basée sur le fait que ces derniers auraient personnellement fait appeler le Dr Lemoine, pour soigner leur père et beau-père, qu'il résulte des explications fournies à l'audience que c'est M. Claude Léger lui-même qui a demandé à son petit-fils d'aller prévenir le médecin de sa part, et que, dans cette situation, M. et Mme Bardiault Léger ne sauraient être considérés comme ayant la responsabilité de la démarche faite par leur fils mineur ;

Attendu, en ce qui concerne la demande introduite par M. le Dr Lemoine contre les trois enfants de M. Claude Léger de payer, solidairement avec ce dernier, la somme qui lui est due pour frais de maladie de leur père, qu'il est de jurisprudence constante que les enfants qui servent à leur père et mère dans le besoin une pension alimentaire en espèces en vertu des articles deux cent cinq et deux cent six du code civil doivent le cas échéant. être tenus du paiement des soins médicaux nécessités par une maladie ou blessure produite, la pension alimentaire pouvant être sujette à augmentation ou diminution, suivant les circonstances et ne comprenant pas seulement les frais de nourriture, logement et habillement, mais aussi les dépenses que peut nécessiter une maladie (Cassation, dix sept juin mil huit cent cinquante six ; huit juillet mil huit cent cinquante ; vingt-trois février mil huit cent quatre-vingt-dix-huit) ;

Attendu que, dans le cas particulier, la pension alimentaire servie par les trois enfants de M. Claude Léger à leur père, n'ayant pas été fixée judiciairement, mais stipulée à son profit comme condition d'une donation à titre de partage anticipé faite par lui à ses dits enfants, elle peut à plus forte raison être augmentée dans le cas où les besoins du donateur viennent à rendre cette augmentation nécessaire ;

Attendu que M. Claude Léger, est dans l'impossibilité de payer le mémoire dû à M. le Dr Lemoine, sur le montant de la pension alimentaire de trois cents francs qu'il reçoit actuellement de ses enfants et que puisqu'il ne leur demande pas lui-même, en vertu de l'article deux cent cinq du code civil, la somme nécessaire pour faire ce règlement, M. le Dr Lemoine est bien fondé à introduire cette demande en invoquant les dispositions de l'article onze cent soixante-six ;

Attendu, en ce qui concerne la question d'indivisibilité et de solidarité de la dette que de nombreux arrêts de Cours d'appel ont solutionné cette question d'une manière affirmative, notamment un de la cour de Grenoble (mil huit cent quatre-vingt-quinze), qui porte que si l'obligation imposée aux enfants de fournir des aliments à leurs ascendants n'est de sa nature pas solidaire ni indivisible, néanmoins il appartient au juge suivant les circonstances de décider que l'un des enfants sera tenu de payer la totalité de la pension alimentaire, sauf son recours contre ses co-débiteurs, pour les portions mises à leur charge ;

Par ces motifs :

Jugeant contradictoirement et à charge d'appel ;

Vu l'article sept de la loi du douze juillet mil neuf cent cinq, et les articles deux cent cinq et onze cent soixante-six du Code civil ;

Déboutons M. le Dr Lemoine de la demande de paiement solidaire avec M. Claude-Léger formée par lui contre les époux Bardiault-Léger considérés comme l'ayant fait appeler pour donner ses soins à M. Claude Léger ;

Condamnons M. Claude Léger débiteur principal, et M. Jean-Louis Léger, et Jean Marie Léger, et M. et Mme Bardiault comme tenus de la dette, en raison de sa nature, tous solidairement entre eux, à payer à M. le Dr Lemoine, avec tous intérêts de droit, la somme de soixante quinze francs, pour solde de celle de quatre vingt quinze francs à laquelle nous réduisons le montant du mémoire des honoraires de maladie de M. Claude Léger suivant le détail ci-après ; trois visites, trente francs, anesthésie quinze francs, opération trente francs, assistance de M. le Dr Ferry vingt francs, total égal, quatre vingt quinze francs ;

Déclarons non recevable la demande reconventionnelle introduite par M. Claude Léger ;

Condamnons les défendeurs solidairement aux dépens liquidés à la somme de vingt-huit francs trente centimes, en ce non compris, timbre enregistrement et autres accessoires du présent jugement auxquels ils sont également condamnés solidairement.

Signé : GIRARD-BESIGOT.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Sous cette rubrique nous avons donné au dernier numéro deux documents qu'il importe à nos lecteurs de connaître.

Mais nous nous empressons de leur faire savoir que le second de ces documents (arrêté du 10 novembre 1906) vient d'être modifié. Voici à ce sujet, le contenu de l'*Officiel* du 24 août 1907.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

Sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

Vu l'arrêté règlementaire du 10 novembre 1906,

Arrête,

Art. 1er.— Les articles 4, 5 et 9 de l'arrêté ministériel du 10 novembre 1906, portant règlement pour l'examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'assistance publique, sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Une commission de sept membres, qui sont nommés annuellement par l'arrêté prévu à l'article 1er, est chargée de procéder à l'examen.

Elle est composée de :

Un conseiller d'Etat, président.
Un inspecteur général des services administratifs.
Un membre du conseil supérieur de l'assistance publique.
Le chef de bureau des services de l'enfance.
Un inspecteur général adjoint des services sanitaires.
Un inspecteur départemental de l'assistance publique.
Un sous-chef ou un rédacteur du bureau des services de l'enfance, qui remplit les fonctions de secrétaire.

Elle règle les différentes questions relatives à son fonctionnement qui n'ont pas été préalablement l'objet d'une décision ministérielle.

Art. 5. — L'examen comprend des épreuves écrites et des épreuves orales sur les matières énoncées dans le programme annexé au présent arrêté. Les candidats sont soumis, en outre, à un examen médical.

Les épreuves écrites sont passées sous la surveillance d'un délégué du ministre ou d'un membre de la commission d'examen, dans les villes, sièges d'académie, savoir : Aix-Marseille, Besançon, Bordeaux, Caen, Chambéry, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris, Poitiers, Rennes, Toulouse.

Les candidats reconnus aptes par la commission à poursuivre les épreuves sont convoqués à Paris, au ministère de l'intérieur, pour y subir l'examen médical et, s'il y a lieu, les épreuves orales.

Art. 9. — Pour déterminer le résultat des épreuves, le nombre des points obtenus par chaque candidat est multiplié par les coefficients ci-après :

Epreuves écrites.

1° Services de l'enfance	20
2° Eléments d'hygiène	10
3° Notions de droit	10
	40

Epreuves orales.

1° Services de l'enfance	5
2° Assistance aux adultes	5
3° Eléments d'hygiène	5 5 5
4° Notions générales de droit	5
	30

Le candidat qui n'a pas obtenu 560 points à l'écrit n'est pas admis à se présenter à l'examen médical.

Le candidat qui n'a pas été reconnu apte à remplir un service actif n'est pas admis à subir les épreuves orales.

Pour être admis à titre définitif, les candidats doivent avoir obtenu pour l'ensemble de leurs épreuves écrites et orales, au maximum 980 points, et n'avoir eu pour aucune matière de note inférieure à 8.

Art. 2. — Sont ajoutées au programme annexé à l'arrêté du 10 novembre 1906 les matières suivantes :

Code civil, livre I. — Titre I. — De la jouissance des droits civils ; articles 7 à 21.

Titre VII. — De la paternité et de la filiation ; articles 312 à 342.

Art. 3. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 17 août 1907.

G. Clémenceau.

CORRESPONDANCE

Les Beautés du tarif Dubief

S.-J., le 10 août 1907.

Monsieur le directeur et cher confrère,

Je tiens à vous envoyer la lettre ci-jointe pour souligner l'absurdité de la loi du 30 septembre 1905. La Compagnie La Préservatrice m'avait toujours réglé mes honoraires suivant le tarif élaboré par le syndicat médical de la Haute-Vienne. Sans m'en avoir averti, elle veut appliquer aujourd'hui à notre règlement de comptes le tarif ministériel du 30 septembre 1905, en me faisant bien remarquer « que l'indemnité kilométrique qu'elle m'offre, est double de celle qui serait due d'après le tarif officiel, puisque je me rendais à Saillat en chemin de fer.

« Elle ne doute pas que je reconnaisse que son offre est très raisonnable, et que par conséquent, je l'accepte ».

Cette prétention a valu à la Compagnie la réponse que je vous envoie, et qu'il serait dans l'intérêt du corps médical de publier dans votre journal.

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr de St.-F.

Monsieur le Directeur de la Préservatrice

Non, Monsieur, je ne me suis pas trompé. L'usine de Saillat se trouve à 9 kilomètres de Saint-Junien, ma résidence, mais le clocher de la commune est à peine à 800 mètres de la limite de la commune de Saint-Junien.

C'est donc bien une indemnité de 0 fr. 40 centimes que vous m'offrez par déplacement ; et je dois encore cette « haute paye » à mes bons et loyaux services, puisque, me dites-vous, votre intention première était de ne m'octroyer que 0 fr. 20 centimes. Vraiment tant de générosité m'accable, et je ne sais comment vous exprimer ma gratitude.

Faites-moi pourtant la grâce de suivre mon raisonnement : Le moindre déplacement pour Saillat m'occasionne une perte de temps de 2 à 3 heures. Le prix du transport en chemin de fer est de 0 fr. 95, et vous m'octroyez 0 fr. 40 ! Donc, pour avoir l'honneur de vous servir, je m'expose à subir chaque fois, une perte sèche de 0 fr. 95 — 0 fr. 40 = 0 fr. 55 centimes. Grand merci !

Si tous mes voyages m'étaient payés à ce prix, j'aurais vite fait faillite. Comme je n'ai pas le désir de me ruiner pour vous enrichir, je vous déclare catégoriquement que dorénavant je refuserai d'aller soigner vos blessés à Saillat. Vous pourrez vous adresser à mes confrères de la région qui ne sauraient vous traiter différemment puisque nous sommes tous syndiqués, et que nous avons le même tarif. Vous pourrez encore faire conduire en voiture vos blessés à mon domicile. Si vous trouvez (ce dont je doute) un charretier qui consente à faire 18 kilomètres pour *huit sous*, prix que vous osez offrir à vos médecins. Quant à ma note d'honoraires due jusqu'à ce jour, elle ne saurait souffrir d'être discutée. C'est une simple question de bonne foi. Vous ne m'avez averti que ces temps derniers des modifications de votre tarif et j'entends que mon arriéré soit réglé

conformément au tarif que vous avez toujours accepté dans nos règlements antérieurs.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Dr de St F.

Le repos hebdomadaire

A nos aimables confrères, Choquet, Briquet et Decourt

Qui trop embrasse..... s'fait mal aux reins ! me dites-vous. *Par le sang bleu*, mes chers confrères, j'accepte votre pronostic,mais je vous demande de risquer le lumbago avec moi.

Parce que, voyez-vous, vous ou moi nous sommes des égoïstes. Jugez-en !

Vous, vous pensez aux médecins des villes, à ceux qui sont plusieurs ensemble et qui peuvent de ce mauvais grain tirer bonne mouture..... à la condition de s'entr'aider.

Moi, je pense aux médecins de campagne, à ceux qui sont seuls et qui ne se peuvent pas relayer l'un l'autre dès lors que les communications sont coupées.

Nous n'avons, nous villageois, aucune raison valable d'augmenter nos prix le dimanche : ça ne nous assurerait qu'une diminution de recettes avec le plaisir de monter inutilement la garde en notre baraque. Triste récréation que s'assurer une prison *cum otio sine materia.*

Ce que nous désirons,c'est pouvoir nous donner de l'air ; c'est d'être libres et,autant que possible, hors du souci quotidien.

Ne profiterions-nous de notre liberté que pour aller déjeuner ou dîner les uns chez les autres, nous voulons pouvoir faire cette folie sans courir le risque de trouver au retour quelque client mécontent de n'avoir pas été secouru à temps..... avec le mécontentement que chacun de nous éprouve contre lui-même ce cas échéant.

Alors donnant, donnant : le dimanche nous n'irons point vous faire concurrence à la ville (c'est un beau cadeau de notre part...... mais la plus belle fille du village ne peut donner que......) ; en échange faites-nous donner le téléphone à perpétuité ! Dont merci !

Votre, cordialement,

Dr Jean CAMESCASSE.

MÉDECINE NAVALE

LOI portant organisation du corps de santé de la marine.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

STATUTS ORGANIQUES

Art. 1er. — Le corps de santé de la marine a pour mission d'assurer le service médical et le service pharmaceutique à bord des bâtiments de l'Etat, dans les ports militaires, dans les établissements de la marine hors des ports et les points d'appui de la flotte aux colonies.

Il est également chargé de l'enseignement dans les écoles de médecine navale.

Les officiers de ce corps demeurent placés sous le régime des lois des 19 mai 1834, 5 août 1879 et 17 août 1879, concernant l'état des officiers.

Art. 2. — Le corps de santé de la marine, service médical et service pharmaceutique, est composé ainsi qu'il suit :

Service médical

Médecin général de 1re classe	1
Médecins généraux de 2e classe	6
Médecins en chef de 1re classe	14
Médecins en chef de 2e classe	15
Médecins principaux	65
Médecins de 1re classe	140
Médecins de 2e classe	100

Médecins de 3e classe. (Nombre variable selon les besoins du service.)

Service pharmaceutique

Pharmaciens en chef de 1re classe	4
Pharmaciens en chef de 2e classe	4
Pharmaciens principaux	9
Pharmaciens de 1re classe	20
Pharmaciens de 2e classe	12

Pharmaciens de 3e classe. (Nombre variable selon les besoins du service.)

Art. 3. — Les grades des officiers de santé du corps de la marine correspondent aux grades ci-après désignés dans la hiérarchie des officiers de marine et de l'armée de terre :

Médecin général de 1re classe : Vice amiral ou général de division.

Médecin général de 2e classe : Contre-amiral ou général de brigade.

Médecin et pharmacien en chef de 1re classe : Capitaine de vaisseau ou colonel.

Médecin et pharmacien en chef de 2e classe : Capitaine de frégate ou lieutenant-colonel.

Médecin et pharmacien principal : Ancien grade de capitaine de corvette ou chef de bataillon.

Médecin et pharmacien de 1re classe : Lieutenant de vaisseau ou capitaine.

Médecin et pharmacien de 2e classe : Enseigne de vaisseau ou lieutenant.

Médecin et pharmacien de 3e classe : Aspirant de 1re classe ou sous-lieutenant.

Art. 4. — Il ne pourra, dans aucun cas, être accordé de grades honoraires ni être fait, en temps de paix, de nominations en dehors du cadre.

Lorsqu'en temps de paix, et par suite de nominations faites en raison de circonstances de guerre, l'effectif des cadres dépassera les limites fixées par l'article 2, la réduction s'opérera comme suit :

1° Pour les médecins généraux et les médecins en chef de 1re classe, il ne pourra être fait qu'une nomination sur deux vacances ;

2° Pour les autres grades,il ne pourra être fait que deux promotions sur trois vacances.

Art. 5. — Les nominations et promotions dans le corps de santé de la marine sont faites par décret.

Elles sont immédiatement rendues publiques et effectives par voie d'insertion au *Journal officiel.*

Art. 6. — L'emploi est distinct du grade.

Aucun officier ne peut être privé de son grade que dans les cas et suivant les formes déterminées par la loi.

Art. 7. — Les rangs et préséances des officiers du corps de santé de la marine relativement aux corps d'officiers de la marine et de l'armée de terre sont déterminés par décret.

L'uniforme des officiers du corps de santé de la marine est réglé par décret.

L'ordre du service et de l'embarquement de ces officiers est fixé par le ministre de la marine.

Art. 8. — Les officiers du corps de santé reçoivent les pensions de retrait prévues par les lois en vigueur pour les officiers de marine du grade correspondant.

Il est compté pour la retraite quatre années de services, à titre d'études préliminaires, aux officiers admis avec les diplômes universitaires dans le corps de santé de la marine, à compter de la mise en vigueur du décret du 24 juin 1886.

Les médecins et pharmaciens actuellement en service qui sont entrés dans le corps de santé de la marine antérieurement au décret du 24 juin 1886, ne bénéficient que de deux années de services au même titre.

Art. 9. — Les officiers du corps de santé autres que les officiers généraux sont admis à la retraite afférente à leur grade dès qu'ils atteignent l'âge fixé ci-après :

Médecin et pharmacien en chef de 1re classe	60 ans.
Médecin et pharmacien en chef de 2e classe.	58 ans.
Médecin et pharmacien principal........	56 ans.
Médecin et pharmacien de 1re classe......	53 ans.
Médecin et pharmacien de 2e classe.......	52 ans.

Art. 10. — Peuvent être admis d'office à la retraite avant l'âge déterminé à l'article 9,les officiers du corps de santé de la marine, qui, ayant acquis des droits à une pension, ne seraient plus en état de remplir les fonctions qui peuvent leur être dévolues.

Si la mise à la retraite d'office est motivée par l'état de santé de l'officier, la constatation en est faite dans les formes prescrites par un décret.

Art. 11. — Nul officier du corps de santé de la marine admis à la retraite ne peut être replacé dans le cadre de l'activité.

Art. 12. — Les médecins généraux du service de santé forment un cadre qui se divise en deux sections : la 1re section comprend l'activité ; la 2e section comprend la réserve, c'est-à-dire les officiers généraux qui cessent de faire partie de la 1re section par application de l'article 15 ci-après.

Les officiers généraux du corps de santé ne peuvent être mis en non-activité pour les infirmités temporaires.

Les officiers généraux du corps de santé sans emploi occupent la position de disponibilité prévue par l'article 3 de la loi du 19 mai 1834.

Les dispositions de la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers sont applicables aux officiers généraux de la 2e section.

Art. 13. — En temps de paix, les emplois d'activité dévoués aux officiers généraux du corps de santé de la marine sont exclusivement conférés aux officiers généraux faisant partie de la 1re section.

En temps de guerre, les officiers généraux de la 2e section peuvent être appelés à remplir des fonctions actives.

Art. 14. — Le médecin général de 1re classe à l'âge de soixante-cinq ans accomplis, les médecins généraux de 2e classe à l'âge de soixante-deux ans accomplis ,cessent d'appartenir à la 1re section pour passer dans la 2e section.

Sont placés par anticipation et sans condition d'âge dans la 2e section, sur leur demande ou d'office et par décision du chef de l'État rendue sur un rapport du ministre de la marine, les médecins généraux qui sont reconnus ne pouvoir être maintenus dans la 1re section, à raison d'infirmités ou de blessures graves constatées par une commission de santé.

Art. 15. — Les officiers généraux du corps de santé de la marine ne sont admis à la retraite que sur leur demande. Ils ne peuvent être mis à la retraite d'office qu'après l'accomplissement des formalités prescrite par la loi pour la mise en réforme.

TITRE II

RECRUTEMENT

Art. 16. — Le corps de santé de la marine se recrute parmi les élèves du service de santé de la marine.

Art. 17. — Les élèves du service de santé de la marine, dont le grade correspond à celui d'aspirant de 2e classe, ne jouissent pas du bénéfice de la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers.

Ils sont nommés par le ministre de la marine à la suite d'un concours dont la forme et le programme sont fixés par un règlement ministériel.

Des écoles annexes de médecine navale sont organisées dans les ports pour faciliter aux candidats la préparation à ce concours.

Les conditions d'âge et d'aptitude requises pour être admis à subir les épreuves de ce concours — auquel peuvent se présenter aussi bien les élèves des-dites écoles annexes que les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés de médecine ou des écoles de médecine de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine — sont déterminées par un arrêté ministériel. Le nombre des admissions est annuellement fixé par le ministre de la marine selon les besoins du service.

TITRE III.

Art. 18. —Nul ne peut être nommé au grade de médecin ou de pharmacien de 3e classe, s'il n'a satisfait aux examens de sortie de l'école principale du service de santé de la marine et s'il n'a obtenu le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme de pharmacien universitaire de 1re classe.

Art. 19. — Nul ne peut être promu au grade de médecin ou de pharmacien de 2e classe, s'il n'a satisfait aux examens de sortie de l'école d'application.

Le rang d'ancienneté est, lors de la nomination, déterminé par le numéro de classement de sortie de l'école d'application.

Art. 20. — Les nominations au grade de médecin ou de pharmacien de 1re classe ont lieu trois quarts à l'ancienneté, un quart au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin de 1re classe s'il ne réunit trois années de services dans le grade de médecin de 2e classe et s'il n'a accompli dans ce grade, soit une année d'embarquement, soit une année de service à terre dans un poste où le temps de services compte comme campagne.

Nul ne peut être promu au grade de pharmacien de 1re classe s'il ne compte au moins trois années de services dans le grade de pharmacien de 2e classe.

Art. 21. — Les nominations au grade de médecin principal ou de pharmacien principal ont lieu moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin principal s'il ne réunit trois années de grade de médecin de 1re classe et s'il n'a accompli dans ce grade, soit deux années d'embarquement, soit deux années de services à terre,dans un poste où le temps de service compte comme campagne.

Nul ne peut être promu au grade de pharmacien principal s'il ne compte au moins trois années de services dans le grade de pharmacien de 1re classe.

Art. 22. — Les nominations au grade de médecin en chef de 2e classe ou de pharmacien en chef de 2e classe ont lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin

chef de 2e classe, s'il ne réunit trois années de grade de médecin principal et s'il n'a accompli dans ce grade soit une année d'embarquement, soit une année de services à terre dans un poste où le temps de service compte comme campagne.

Nul ne peut être nommé au grade de pharmacien en chef de 2e classe, s'il ne compte au moins trois années de services dans le grade de pharmacien principal.

Art. 23. — Les nominations au grade de médecin en chef de 1re classe et de pharmacien en chef de 1re classe ont lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin en chef de 1re classe ou de pharmacien en chef de 1re classe s'il ne réunit au moins trois années de service dans le grade de médecin en chef de 2e classe ou de pharmacien en chef de 2e classe.

Art. 24. — Les nominations au grade de médecin général de 2e classe ont lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de médecin général de 2e classe s'il ne réunit au moins trois années de services dans le grade de médecin en chef de 1re classe.

Art. 25. — Le grade de médecin général de 1re classe est conféré au choix.

Le médecin général de 2e classe qui est l'objet de ce choix doit réunir au moins trois années de services dans son grade.

Art. 26. — Le rang d'ancienneté des officiers du corps de santé est déterminé par la date de leur nomination.

Les officiers promus le même jour à un même grade sont classés d'après le rang qui leur était assigné par la liste d'ancienneté dans le grade immédiatement inférieur.

Art. 27. — Toutes les dispositions qui régissent l'avancement à l'ancienneté sont obligatoires en temps de guerre comme en temps de paix.

Le temps de service exigé pour passer au choix d'un grade à un autre, peut être réduit de moitié pendant les campagnes de guerre.

Il ne peut être dérogé aux règles énoncées au présent article que pour actions d'éclat dûment justifiées et constatées par le décret de promotion, lequel sera inséré sans délai au *Journal officiel.*

TITRE IV

OFFICIERS DU CORPS DE SANTÉ DE RÉSERVE

Art. 28. — Les officiers, appelés conjointement avant les officiers du corps de santé du cadre d'activité à assurer les besoins du service en cas de mobilisation totale ou partielle, sont dénommés officiers du corps de santé de réserve.

Ils sont choisis :

1° Parmi les officiers généraux du corps de santé de la 2e section ;

2° D'office, parmi les officiers du corps de santé retraités depuis moins de cinq ans, par application de la loi du 5 août 1879 ;

3° Sur leur demande, parmi les officiers du corps de santé de la marine démissionnaires, encore astreints aux obligations du service militaire, soit dans l'armée active, soit dans l'armée territoriale ; les officiers du corps de santé de la marine démissionnaires qui ne sont plus astreints aux obligations du service militaire et les officiers du même corps retraités depuis plus de cinq ans.

Art. 29. — Les officiers du corps de santé de réserve appelés au service reçoivent, pendant tout le temps qu'ils y sont maintenus, la solde et les accessoires de solde alloués aux officiers du corps de santé du même grade du cadre d'activité, ils sont soumis pendant le même temps aux lois et règlements touchant la discipline militaire.

Art. 30. — Les officiers du corps de santé de réserve qui se sont distingués, soit au cours d'une campagne de guerre, soit au cours d'une période de service à terre ou à la mer à bord des bâtiments de l'Etat, peuvent obtenir des distinctions et récompenses honorifiques.

Ils jouissent, dans ce cas, des avantages attachés à ces distinctions et récompenses dans les mêmes conditions que les officiers du cadre d'activité.

Art. 31. — Pour les blessures qu'ils reçoivent, ou les infirmités qu'ils contractent pendant qu'ils sont au service, les officiers du corps de santé de réserve sont traités, quant au droit à pension, de la même manière que les officiers du même grade du cadre d'activité.

La même règle s'applique aux veuves et aux orphelins mineurs des officiers du corps de santé de réserve.

Le rappel à l'activité pour le temps de guerre des officiers du corps de santé retraités ne peut ouvrir des droits à la revision de la pension, sauf dans le cas des paragraphes 1 et 2 du présent article.

Art. 32. — Un décret rendu en conseil d'Etat règle l'état des officiers du corps de santé de réserve, leur mise hors cadres, les punitions disciplinaires dont ils sont passibles lorsqu'ils sont dans leurs foyers.

Un règlement ministériel règle toutes les dispositions de détail concernant l'organisation, les cadres, les répartitions, l'emploi des officiers du corps de santé de réserve, ainsi que leur radiation des cadres de la réserve.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES GÉNÉRALES

Art. 33. — Les dispositions transitoires qui sont l'objet de l'article 4 du décret du 1er décembre 1900, constituant de nouveaux cadres dans différents corps de la marine, demeurent en vigueur.

Les nouvelles règles concernant la mise à la retraite par limite d'âge ne seront applicables qu'aux officiers promus postérieurement à la présente loi.

Art. 34. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 juillet 1907.

A. FALLIERES.

Par le Président de la République :
Le ministre de la marine,
Gaston THOMSON.

REPORTAGE MÉDICAL

Vient de paraître chez F.-R. DE RUDEVAL, éditeur, rue Antoine-Dubois, Paris (VIe) Téléphone 807-33 :

1° **Artério-sclérose et arthritisme,** par le Dr P. BOULOUMIÉ, médecin consultant à Vittel, un volume in-8° carré de 152 p., avec 6 fig. dans le texte, broché, 3 fr.

2° **Précis de pharmacologie, art de formuler, matière médicale, indications thérapeutiques et posologie,** par le Dr A. CHASSEVANT, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, un vol. in-18 de 716 pages, avec 105 figures dans le texte, cartonné, 10 fr.

Le IVe Congrès de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine se tiendra à Biarritz du 20 au 25 avril 1908 (semaine de Pâques) sous la présidence du professeur PITRES, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les questions suivantes sont dès à présent mises à l'ordre du jour et feront l'objet de rapports spéciaux :

« Indications et contre-indications du climat océanien dans les états neurasthéniques ». Rapporteur : Dr RÉGIS, professeur des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

« De l'action combinée du climat marin et de la médication chlorurée-sodique dans la tuberculose ganglionnaire ». Rapporteur : Dr RICHARDIERE, médecin des hôpitaux de Paris ;

« La cure marine et la cure chlorurée-sodique dans le rachitisme ». Rapporteur : Dr DENUCÉ, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

« Les bureaux municipaux d'hygiène et les règlements sanitaires dans les stations climatiques ». Rapporteur : Dr MOSNY, médecin des hôpitaux de Paris, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

« Climatologie du Golfe de Gascogne ». Rapporteur : Dr CAMINO, médecin du sanatorium d'Hendaye.

Le Comité d'organisation du Congrès a son siège à Biarritz où l'on peut adresser toute demande de renseignements au Dr F. GALLARD, *secrétaire général.*

Syndicat et grève des médecins. — La Cour d'appel de Colmar vient de rendre un arrêt intéressant. En 1905, le Syndicat des médecins de Colmar avait décidé de refuser ses soins aux malades de la Caisse de secours de Colmar-Campagne. Ils prétendirent forcer quatre médecins qui s'étaient retirés du syndicat à prendre part à ce boycottage. Les quatre médecins refusèrent d'obéir et soignèrent les malades de la Caisse de secours.

Le syndicat les actionna en payement d'une somme de 5.000 marks pour chacun. Le tribunal de première instance donna raison au Syndicat et condamna les médecins.

Mais sur appel, la cour de Colmar, cassant le jugement de première instance débouta le Syndicat et le condamna à tous les frais du procès.

Nécessité d'un minimum d'acuité visuelle chez les conducteurs d'automobile.— Au comité médical des Bouches-du-Rhône, M. Roche a fait remarquer que la mauvaise acuité visuelle est, peut-être, un des facteurs qui contribue à augmenter la fréquence des accidents d'automobiles. « L'on exige, a-t-il dit un examen visuel très sérieux, des conducteurs de trains et, pourtant, mécaniciens et chauffeurs n'ont qu'à interpréter un petit nombre de signaux dont la visibilité est établie de façon à ce qu'elle soit aussi nette que possible. A plus forte raison, un conducteur d'auto marchant sur une route libre, aux vitesses folles que peuvent atteindre les grandes voitures actuelles, doit-il avoir une vision au moins moyenne ».

A l'appui de son dire il a cité deux observations suivantes ;

La première concerne le chauffeur d'un confrère, borgne d'un œil par suite de taies de la cornée, et dont l'autre œil, astigmate myopique de cinq dioptries, a une acuité visuelle d'*un cinquième.*

La deuxième est celle d'un jeune avocat, astigmate qui, tout dernièrement en motocyclette, fu fort étonné de se trouver au milieu d'un troupeau de moutons. Il avait bien vu devant lui une masse grise, mais il attribuait cette teinte à la route qu'il croyait arrosée !

Il semble à M. Roche qu'un minimum d'acuité visuelle doit être fixé pour les personnes autorisées à conduire des automobiles.

La question a été renvoyée à l'étude d'une commission.

IIe Congrès international de physiothérapie. (Rome, 13 octobre 1907).— *Règlement de l'exposition.* —Une exposition spéciale de physiothérapie sera annexée au Congrès Elle comprendra tous les appareils de mécanothérapie ou d'orthopédie, les instruments d'électrothérapie, de photothérapie, de balnéothérapie ; des échantillons d'eaux thermales, et tous renseignements et appareils concernant la captation, le pompage et l'exploitation des sources ; des photographies, plans, descriptions de stations hydrologiques et climatériques et d'instituts de thérapeutique physique ; des échantillons de produits d'alimentation hygiénique et d'eaux minérales naturelles, etc., etc.

En conséquence, MM. les propriétaires d'établissements thermaux, d'instituts médicaux, MM. les constructeurs d'appareils, d'instruments, etc., sont priés de se faire inscrire comme membres associés, à raison de 15 fr. Adresser les adhésions au Dr Albert Weil, 21, rue d'Edimbourg, Paris.

L'exposition sera ouverte le meme jour que le Congrès (13 octobre 1907). Elle sera fermée le 25 octobre. L'emplacement d'un mètre carré coûte 25 fr. On ne peut prendre moins de 2 mètres carrés. Les objets à exposer doivent être adressés à M. Carlotti, Douane de Rome, et envoyés par le chemin de fer (non pas en colis postal). Ils doivent arriver avant le 26 septembre. Le Comité n'est pas responsable des objets qui arriveraient après cette date. Les envois doivent être faits franco. Le bordereau des colis, avec indication des numéros et marques, et nomenclature des objets contenus dans lesdits colis, doit être envoyé par lettre à M. Clarotti, Via Plinio I, Rome. On pourra mettre en vente, durant l'exposition, les objets exposés. Ces objets peuvent également être assurés contre tout risque, sur la demande du propriétaire, et par les soins de M. Clarotti, le Comité n'étant pas responsable des dégâts, accidents, incendie, vol, etc. Dans le délai d'un mois après la clôture de l'exposition, tous les objets seront retournés aux propriétaires, et à leurs frais, par les soins du Comité.

Le Comité français de propagande et d'organisation est présidé par M. le prof. Landouzy.

Pour tous renseignements concernant les travaux du Congrès de l exposition, s'adresser, pour la France, au Dr Maurice Faure, à La Malou (Hérault).

Voir les notes précédemment publiées, relativement aux facilités du voyage et au programme des travaux.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médical

Vingt-neuvième année | N° 36 | Dimanche 8 SEPTEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Assemblée générale du Sou Médical

Nous recevons aujourd'hui, 5 septembre, la circulaire suivante :

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
—o—
2e BUREAU
—o—
Élection d'un représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.
—o—
Scrutin du 13 Octobre 1907.
—o—

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ, ÉGALITÉ, FRATERNITÉ

Préfecture du Département de la Seine.

Paris, le 4 septembre 1907.

Monsieur le Président du *Sou Médical.*

Un arrêté ministériel, en date du 24 juillet 1907, inséré au *Journal Officiel* du 25 du même mois, a convoqué les délégués des syndicats médicaux pour le dimanche 13 octobre prochain, à l'effet d'élire leur représentant au Conseil supérieur de la Mutualité.

A cet effet, je crois devoir vous rappeler que le décret du 13 juin 1899, portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 1er avril 1898, stipule que le représentant des syndicats médicaux ne sera éligible que s'il est Français, âgé de 30 ans au moins et non déchu de ses droits civils et civiques. Il doit, en outre, avoir été, pendant 15 ans au moins, membre de l'un de ces syndicats.

Le nombre des délégués de chaque syndicat est calculé sur le chiffre total de ses membres et dans les proportions suivantes :

Jusqu'à 50 membres, 1 délégué, de 51 à 100 membres, 2 délégués; au-dessus de 100 membres, le nombre de 2 délégués est augmenté d'un délégué par 100 membres.

D'après ces bases, votre Syndicat a droit à la désignation de 10 délégués.

Cette désignation doit être faite par votre assemblée générale qui devra y procéder dans un délai maximum de 10 jours, à compter de la réception de la présente circulaire. L'élection des délégués-électeurs a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages. Après deux tours de scrutin, la majorité relative suffit et, en cas d'égalité de suffrages, le plus âgé des candidats est élu. Les délégués doivent être Français, âgés de 30 ans, non déchus de leurs droits civils et politiques. Les femmes mariées doivent être pourvues des autorisations de droit commun.

Dès que la désignation sera faite, vous me ferez connaître le nom, les prénoms, la profession et l'adresse de chaque délégué par pli cacheté remis à la Préfecture de la Seine (Bureau des Elections), sous votre signature, avec mention de la date de la délibération de votre assemblée générale. Ces renseignements devront être envoyés *avant le 22 septembre 1907 délai de rigueur pour pouvoir prendre part au scrutin.*

Le dimanche 13 octobre, de 8 heures du matin à 6 heures du soir, à l'Hôtel de Ville de Paris (Salle des

Gardes), le Chef du Bureau des Elections à la Préfecture de la Seine, délégué à cet effet, recevra de chaque électeur son bulletin de vote mis au préalable dans une enveloppe cachetée ne portant aucun signe extérieur et qui sera renfermée, par les soins du représentant du Préfet, dans une deuxième enveloppe sur laquelle seront inscrits le titre du Syndicat et le nom de l'électeur. Cette deuxième enveloppe sera paraphée par le représentant du Préfet et par l'électeur. Chaque délégué devra présenter au moment du vote, comme constatation d'identité, la carte d'électeur ci-jointe que vous lui remettez signée par vous, portant le cachet de votre syndicat et sur laquelle il apposera également sa signature. Cette carte servira dans le cas où il y aurait lieu de procéder à un second tour de scrutin, le dimanche 3 novembre, si le premier tour ne donnait pas de résultat définitif. Elle devra donc être conservée par l'électeur.

L'article 7 du règlement d'administration publique veut que le dépouillement du scrutin soit effectué 10 jours après le vote, au Ministère du Travail.

L'élection a lieu, au premier tour, à la majorité absolue des suffrages exprimés et, au second tour, à la majorité relative.

Aux termes de l'article 5 du règlement d'administration publique, l'élection des délégués-électeurs peut être attaquée, dans un délai de 5 jours, soit par les membres du syndicat, soit par le maire, sur simple déclaration au greffe de la justice de paix. Le juge de paix statue dans les 15 jours, sans frais ni forme de procédure. En outre et conformément aux dispositions de l'article 9 du règlement d'administration publique, les élections au Conseil supérieur peuvent être attaquées par tout électeur devant le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, dans un délai de 10 jours, à partir de la publication des résultats de l'élection au *Journal Officiel*. La décision du Ministre peut être l'objet d'un pourvoi au Conseil d'Etat dans un délai de 15 jours à partir de la notification.

Veuillez recevoir, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Préfet de la Seine.
J. DE SELVES.

En conséquence des dispositions rappelées par la lettre de M. le Préfet de la Seine, et des formalités prévues par les statuts du « Sou Médical » pour la convocation des assemblées générales, nous informons les membres de cette Société, qu'une assemblée générale aura lieu le jeudi 12 septembre, au siège social (Bureaux du *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris), à 4 heures.

ORDRE DU JOUR :

Election de dix délégués devant participer à l'élection d'un représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.

Le Secrétaire général, Dr DE GRISSAC. — *Le Président,* Dr A. MAURAT.

Tous les Syndicats médicaux ont dû recevoir à cette heure une communication analogue à celle qui provoque la convocation de l'Assemblée générale du « Sou médical. »

Pour renseigner complètement leurs Bureaux, nous reproduisons la circulaire Viviani aux préfets ; c'est un document à conserver pour être consulté utilement lors des mêmes élections, qui se reproduisent tous les quatre ans.

La Rédaction.

Circulaire relative à l'élection du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.

Paris, le 28 juillet 1907,

Le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale à MM. les Préfets.

J'ai l'honneur de vous informer que, par arrêté du 24 juillet 1907, j'ai fixé au dimanche 13 octobre prochain, les opérations électorales pour la désignation des représentants des Syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.

En vous notifiant cette décision, je crois utile de vous rappeler les instructions qui vous ont été précédemment adressées à ce sujet, en les complétant sur certains points.

Représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur.

La loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels stipule, en son article 34, que le Conseil supérieur comprend un représentant des Syndicats médicaux élu pour quatre ans par les délégués de ces Syndicats et dans les formes prescrites par un règlement d'administration publique. Ce règlement (décret du 13 juin 1899), dont vous trouverez le texte au *Journal officiel* du 15 juin 1899, détermine les conditions spéciales d'éligibilité du représentant des Syndicats médicaux et des délégués appelés à procéder à son élection.

Les dernières élections ayant eu lieu au mois de juillet 1903, il y a lieu de procéder cette année au renouvellement du mandat du représentant des Syndicats médicaux. La date fixée est celle du 13 octobre prochain. Le mandat du représentant sortant est renouvelable.

Syndicats médicaux.

Les Syndicats médicaux sont déterminés par l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, qui est ainsi conçu : « A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en Associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. »

Désignation des délégués.

Vous voudrez bien inviter d'urgence les présidents de ces Syndicats à convoquer l'Assemblée générale, dans un délai de dix jours, pour la désignation des délégués. C'est, en effet, à l'Assemblée générale de chaque Syndicat qu'il appartient de désigner, au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages, les délégués qui doivent prendre part à l'élection du représentant des Syndicats au Conseil supérieur. Après deux tours de scrutin, la majorité relative suffit, et en cas d'égalité de suffrages, le plus âgé des candidats est élu. Les délégués doivent être Français, majeurs, non déchus de leurs droits civils et politiques. Les femmes mariées doivent être pourvues des autorisations de droit commun.

Le nombre des délégués, calculé sur le chiffre total des membres du Syndicat, est établi dans les proportions suivantes :

Jusqu'à 50 membres, un délégué ;

De 51 à 100 membres, deux délégués ;

Au-dessus de 100 membres, le nombre de deux délégués est augmenté d'un délégué par 100 membres.

Vous aurez soin de vous assurer, d'après les derniers renseignements établis par les Syndicats, que le nombre des délégués a été désigné, par chaque As-

semblée générale, conformément aux bases ci-dessus indiquées. En cas d'erreur, vous devrez inviter les Syndicats à procéder à de nouvelles élections.

Aux termes des deux derniers paragraphes de l'article 2 du décret du 13 juin 1899, les Syndicats qui n'auront pas fourni leurs renseignements statistiques avant le 1er juillet perdent le droit d'avoir des délégués. Rien ne s'oppose, toutefois, à ce que vous fassiez une mise en demeure aux Syndicats retardataires avant de les rayer de la liste électorale.

Liste des délégués-électeurs.

Aussitôt après l'élection des délégués, le président du Syndicat en fait connaître les résultats au maire de la commune, qui doit, dans le plus bref délai, les afficher à la mairie et vous les transmettre, en indiquant avec soin les noms et adresses des élus.

Vous dresserez le plus tôt possible, la liste récapitulative des délégués-électeurs, qui devra être mise sur place à la disposition des candidats et de leurs représentants.

Vote des délégués-électeurs.

Au jour fixé pour l'élection, chaque délégué remettra au maire de la commune où siège le Syndicat un bulletin de vote dans une enveloppe blanche cachetée, qui sera, par les soins du maire, renfermée dans une deuxième enveloppe portant en souscription le titre de Syndicat et le nom de l'électeur. Ces enveloppes, paraphées par le maire et l'électeur, vous seront d'urgence adressées par les maires, et vous me les transmettrez dans le plus bref délai pour qu'il soit procédé au dépouillement du scrutin par une Commission qui se réunit à mon Ministère.

Résultat des élections.

Vous serez informé par le *Journal Officiel* du résultat de l'élection. La nomination du représentant des Syndicats médicaux devant avoir lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, vous aurez à faire procéder, conformément au décret du 14 avril 1902 portant modification de l'article 8 du décret du 13 juin 1899, à un scrutin de ballottage trois semaines après le premier tour du scrutin, dans le cas où aucun des candidats n'obtiendrait la majorité absolue.

Protestations contre les élections.

Vous devrez rappeler aux Syndicats médicaux que la désignation des délégués peut être attaquée dans un délai de cinq jours par tout adhérent au Syndicat ou par le maire sur simple déclaration au greffe de la Justice de paix. Le juge de paix statue dans les quinze jours, sans frais ni forme de procédure.

Tout électeur peut attaquer devant mon Administration les élections au Conseil supérieur dans un délai de dix jours à partir de la publication des résultats de l'élection au *Journal officiel*, et déférer ma décision au Conseil d'Etat dans un délai de quinze jours à partir de la notification.

Je vous prie de veiller avec le plus grand soin à l'exécution rigoureuse des instructions qui précèdent. Vous voudrez bien les porter à la connaissance des maires de votre département par la voie du *Recueil des Actes administratifs*. Je vous envoie un nombre suffisant d'exemplaires de la présente circulaire pour que vous puissiez en remettre un à chacun de MM. les Sous-Préfets.

Le Ministre du Travail
et de la Prévoyance sociale
René VIVIANI

P.-S. — Nous rappelons encore une fois à nos lecteurs que le candidat du « Concours », comme représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité, est le Dr Gairal (de Carignan).

LA SEMAINE MÉDICALE

L'épidémie de scarlatine de 1907.

Le nombre exceptionnel des cas de scarlatine déclarés au cours de l'exercice 1906-1907 et particulièrement ce printemps et cet été 1907, a naturellement provoqué chez les médecins, comme chez le public, non pas une véritable panique (il n'y en a pas eu) mais un certain étonnement. Il y a déjà eu, évidemment, des épidémies de scarlatine, plus meurtrières que cette année, mais il a paru surprenant à tous que les mesures d'isolement et de désinfection aient produit aussi peu d'effet immédiat. Est-ce à dire que l'on puisse contester l'utilité de ces mesures ? Certes non ; cela prouve simplement que, malheureusement, ces mesures, mal comprises de la majorité de la population, sont généralement mal appliquées et restent, la plupart du temps, inefficaces. Mais il y a quelque chose de plus à remarquer, c'est que, d'après les constatations d'un grand nombre de cliniciens expérimentés, il a dû se glisser dans les déclarations un grand nombre d'erreurs de diagnostic.

Le diagnostic de la scarlatine est, en effet, très souvent difficile et, comme nous l'avons montré dans un article paru au *Concours médical*, il y a 2 ou 3 ans, sur la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes, il faut fort se défier de l'impression première et éviter de porter un diagnostic prématuré.

« En matière de scarlatine, je suis de ceux qui attendent la période de terminaison avant de la déclarer, dit M. Stackler, d'abord parce que, au cours de son évolution, notre opinion peut se modifier ; puis aussi pour ne pas prescrire inutilement dans les familles (surtout les familles peu aisées) des mesures souvent difficiles et pénibles. »

La vérité est que bon nombre de maladies éruptives sont encore bien mal connues et que la classification ancienne est évidemment trop étroite pour y comprendre une notable quantité de cas atypiques. Actuellement, à la variole, à la scarlatine et à la rougeole, on n'ajoute que bien timidement la rubéole, et la roséole ; beaucoup même sont encore rebelles à la reconnaissance de ces deux maladies et veulent les identifier à la rougeole. De même, M. Marfan veut que tous les érythèmes scarlatiniformes soient de la scarlatine. Les cliniciens étrangers nous paraissent être dans le vrai, quand ils proclament avec FILATOW, DUKES et CHEINISSE, l'existence autonome d'une fièvre éruptive parfaitement distincte de la scarlatine, de la rougeole, de la rubéole. Cette maladie dénommée « *fourth disease* »

(quatrième maladie) a été jusqu'ici méconnue et confondue à tort avec la rubéole.

Treize ans avant Dukes, Filatow enseignait déjà la qualité de la rubéole, et, à côté de la rubéole morbilleuse, faisait une place à part à la *rubéole scarlatineuse*, qu'il considérait « comme à la fois absolument étrangère à la rubéole et nettement distincte de la scarlatine ». (L. Cheinisse).

Rubéole scarlatineuse de Filatow et « quatrième maladie » de Cl. Dukes, il est aisé de s'en convaincre, ne sont qu'une seule et même entité morbide, revêtue d'épithètes différentes.

Voici la symptomatologie de cette « *fourth disease* » exposée par M. Ardin-Delteil dans le *Bull. méd. de l'Algérie* et *la Presse médicale.*

« Incubation de durée peu précise (9 à 20 jours)

« Invasion brusque, se faisant le plus souvent sans phénomènes généraux, si bien que le premier phénomène qui frappe le malade ou son entourage est en général l'éruption. Aussi pourrait-on presque dire : *éruption d'emblée*. Pas d'angine, comme dans la scarlatine ; pas de catarrhe oculo-nasal, ni picotements, ni larmoiement, ni coryza, ni éternuement, ni toux ; pas de catarrhe bronchique, comme dans la rubéole ou la rougeole. A peine un peu de fièvre qui monte à 37°8, 38°, rarement à 39°, pour se maintenir pendant un ou deux jours et décroître ensuite lentement en lysis Etat saburral de la langue.

« L'éruption ? Elle occupe : la face, les joues, respectant les parties centrales (nez, pourtour de la bouche, menton) ordinairement atteintes dans la rubéole ; le tronc, où elle est surtout intense au niveau des flancs et du dos ; les membres, où elle porte moins exclusivement au niveau de la racine et des plis de flexion que dans la scarlatine.

« C'est le même fond rouge, un peu moins uniforme (surtout dans les plans antérieurs du corps) que dans la scarlatine, avec le même pointillé, le même granité plus sombre, et les mêmes phénomènes vaso-moteurs (empreinte de la main, double raie blanche). L'éruption persiste deux ou trois jours, pâlit et disparaît peu à peu, laissant parfois une légère desquamation furfuracée.

« Mais ce qui, par-dessus tout, distingue cette entité de la scarlatine, c'est l'*existence d'une réaction ganglionnaire généralisée* : nuque, région cervicale, ganglions sus et sous-claviculaires, axillaires, épitrochléens, ganglions inguinaux qui deviennent gros, durs, douloureux. Cette polyadénite persiste pendant toute la durée de la réaction fébrile et de l'éruption, et s'éteint lentement, progressivement. Plusieurs semaines après l'éruption, les divers ganglions sont encore palpables, quoique très diminués de volume.

« Il est rare d'observer des complications ; la néphrite, ou même la simple albuminurie, si fréquente dans la scarlatine, sont exceptionnelles ici, ce qui ajoute encore au caractère de bénignité de la « quatrième maladie. »

« Ne pas oublier qu'elle est contagieuse et paraît se présenter volontiers avec le caractère épidémique. L'auteur est, à cet égard, convaincu que bien des épidémies de prétendue «scarlatine» n'étaient autres qu'une réunion de cas de « fourth disease » : beaucoup d'épidémies étiquetées rubéole auraient mérité la dénomination plus exacte de « quatrième maladie ».Notamment en ce qui concerne la scarlatine, la question de diagnostic paraît fort importante à trancher d'une façon précise, car, suivant le cas, des mesures rigoureuses d'isolement, de désinfection, de diète lactée sévère, de licenciement d'établissements scolaires ou de troupes, devront être édictées ou levées.»

L'angine ulcéreuse précoce de la scarlatine.

Dans la scarlatine, indépendamment des manifestations pharyngées, diphtériques ou non, il existe une angine ulcéreuse.

M. le Dr Larrouy, de la Ferté-Fresnel (Orne), a étudié cette angine dans sa thèse. Elle est caractérisée, dit-il, par :

a) Une ulcération ordinairement unique, siégeant le plus fréquemment sur l'amygdale et n'ayant pas de tendance, une fois constituée, à s'étendre ;

b) Des phénomènes généraux qui peuvent être assez intenses ;

c) Un engorgement ganglionnaire très accentué, mais n'aboutissant pas à la suppuration.

Cette angine est le plus souvent précoce ; elle évolue d'ordinaire pendant la période d'éruption.

Les affections avec lesquelles on peut la confondre le plus aisément sont : la diphtérie pharyngée, la syphilis à ses trois périodes lorsqu'elle revêt certaines formes, l'angine fuso-spirillaire de Vincent, l'herpès bucco-pharyngé à la phase d'ulcération, les ulcérations de la gangrène. Le traitement mérite une sérieuse attention.

Dans la thèse de M. Antoine, les médications suivantes sont indiquées dans tous les cas où s'affirme le processus gangréneux de la scarlatine.

I. — Ou bien toucher plusieurs fois par jour les lésions avec la solution de sulfate de zinc à 0 gr.50 pour 30 gr. d'eau distillée.

II. — Ou bien employer la formule de Gaucher

Camphre........	} ââ	5 gr.
Acide phénique..	}	
Huile sérilisée.....		10 gr.

III. — Ou bien encore faire de grands lavages à l'eau oxygénée ou plutôt, comme le veut M. Variot, au permanganate de potasse. M. Antoine préconise particulièrement les lavages.

M. Pivert préfère la méthode de MM. Méry et Hallé. Ils touchent matin et soir les ulcérations au chlorure de zinc à 1/30 et font cinq ou six lavages à l'eau oxygénée.

« Ces lavages sont aussi employés au pavillon des scarlatineux de l'hôpital Trousseau. M. Netter leur attribue un rôle mécanique important dans le nettoyage des ulcérations. Mais il trouve insuffisante leur action antiseptique et leur adjoint le bleu de méthylène. D'autres auteurs ont préconisé l'usage de ce produit, et les bulletins de la Société médicale des hôpitaux contiennent des observations intéressantes de MM. Siredey, Chauffard et Mantoux concernant l'emploi du bleu dans l'angine fuso-spirillaire de Vincent.

« Ces auteurs appliquent le bleu en poudre et chimiquement pur. M. Netter préfère user de la solution au dixième. Deux fois par jour, le matin et le soir, on badigeonne avec cette solution, les points ulcérés après les avoir bien nettoyés au moyen d'un jet d'eau oxygénée. »

La déformation ogivale de la voûte palatine.

D'après M. le Dr Lemaire (de Paris), la déformation ogivale de la voûte palatine est une lésion rachitique.

Pour expliquer la coexistence fréquente des végétations adénoïdes et de la voûte palatine en ogive, nous croyons qu'il faut adopter l'opinion de M. *Marfan*.

Pour lui, les végétations adénoïdes font partie de la maladie rachitique; ou pour dire autrement, ce sont les mêmes causes qui engendrent le rachitisme et l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde (amygdales palatines pharyngées, ganglions lymphatiques). Selon M. Marfan, tout état toxique ou infectieux atteignant l'enfant à une certaine époque de l'évolution de l'ossification et de l'hématopoïèse (cette période s'étendant des derniers mois de la vie intra-utérine à la fin de la deuxième année) est capable de déterminer, pour peu que le sujet y présente une disposition héréditaire, un ensemble de lésions : osseuses (rachitisme), sanguines (anémie) lymphatique (hypertrophie des organes lymphoïdes) qui constitue la maladie rachitique.

Cette maladie, née dans les deux premières années de la vie, peut poursuivre son évolution jusqu'à la puberté, tout en présentant de longues périodes de repos. A l'appui de cette manière de voir l'auteur invoque surtout le parallélisme d'évolution du rachitisme, des végétations adénoïdes et de la déformation ogivale du palais.

Pour soutenir cette manière de voir, il s'appuie surtout sur cette partie de son travail où il a étudié l'âge d'apparition de la déformation du palais. C'est entre 6 mois et 2 ans que semble s'opérer cette déformation. Donc ces trois manifestations commencent à se montrer et atteignent leur maximum à la même période de la vie, et peuvent poursuivre leur évolution jusqu'à la puberté où elles finissent par s'éteindre.

En cas de coexistence des végétations adénoïdes et de déformation ogivale, le nez étant déjà rétréci, la sténose rétro-nasale provoquée par les végétations adénoïdes se manifeste par des symptômes beaucoup plus bruyants et on s'explique ainsi pourquoi la coexistence du palais en ogive et des végétations adénoïdes a, dès le début, attiré l'attention.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital St-Antoine : M. le prof. agrégé THIROLOIX

La première étape de l'artério-sclérose : symptômes et signes révélateurs.

A l'occasion d'une malade du service, dont je vais vous rapporter l'obervation, je me propose d'étudier devant vous, aujourd'hui, les symptômes et les signes de la phase initiale de l'artério-sclérose.

L'artério-sclérose comporte, d'une manière générale, trois étapes :

Une première étape, de troubles fonctionnels, d'insuffisance épithéliale ;

Une seconde, de lésions viscérales ;

Une troisième — contre laquelle le médecin ne peut plus rien —, de destruction épithéliale.

Notre malade a déjà dépassé la première étape, de troubles fonctionnels ; elle est arrivée actuellement à la période des viscéropathies spécialisées. C'est une femme de 48 ans, entrée dans le service il y a deux mois. Elle se plaignait d'étouffements, d'une oppression d'intensité croissante, de crises dyspnéiques qui l'obligeaient à passer la nuit dans un fauteuil.

Nous l'avons examinée dans le but d'élucider la cause de cette dyspnée. Du côté des antécédents héréditaires et personnels, nous n'avons rien trouvé. Du côté de l'état actuel, nous avons noté, comme symptômes, des vertiges, de la polyurie nocturne. La malade se lève vers trois heures du matin pour uriner. Ses urines sont claires. Vous êtes déjà fixés : une telle polyurie nocturne veut dire hypertension artérielle.

Nous avons trouvé, au niveau des jambes, des cicatrices gaufrées, blanchâtres, déprimées, faisant penser à la syphilis. J'ai recherché les stigmates d'une spécificité héréditaire ou acquise, je n'en ai découvert aucun. Il n'y a pas de raison d'incriminer la syphilis.

L'examen des organes nous a révélé un choc précordial exagéré. La pointe du cœur est abaissée et bat dans le sixième espace intercostal. Il y a hypertrophie du ventricule gauche et dilatation de l'aorte. Pas de bruit anormal à la pointe. Dans le deuxième espace intercostal droit, au foyer aortique, on perçoit un double souffle, systolique et diastolique, type changoreux. Foie et poumons normaux.

En résumé, nous sommes conduits au diagnostic de dyspnée mécano-toxique due à une insuffisance rénale et cardiaque. L'origine de cette insuffisance a été l'artério-sclérose, qui a dominé, dans ce cas, sur deux foyers, le rein et l'aorte surtout. Je dirai donc : artério-sclérose, à type néphro-aortique. Quand vous formulez le diagnostic d'artério-sclérose, vous ne devez jamais oublier le mot « néphro ». Il n'y a pas d'artério-sclérose sans imperméabilité du rein.

L'origine de cette artério-sclérose était-elle spécifique ou banale ? La malade n'avait ni syphilis, ni intoxication par le plomb ou par le tabac. Il ne me serait pas venu à l'idée d'attribuer chez elle l'artério-sclérose à la syphilis. On devient artério-scléreux sous une double influence : par prédisposition héréditaire et par la continuation d un régime alimentaire défectueux qui précipite la disposition héréditaire. On a beau être soumis à des infections, elles ne déterminent pa l artério-sclérose si l'on n'est pas prédisposé héréditairement. L'artério-sclérose n'a qu'une cause : l'insuffisance des épithéliums dans leur lutte contre les intoxications alimentaires. Elle dérive d'une tare héréditaire sur laquelle se greffe une déviation de l'alimentation. On y échappe seulement par la mise en jeu d'un régime alimentaire convenable.

Pour certains auteurs (M. Huchard), l'artério-sclérose est liée à l'hypertension vasculaire. La lecture des travaux publiés sur cette question montre qu'il y a toujours, à la base de l'hyperten-

sion, une intoxication. En définitive, par conséquent, l'artério-sclérose dérive de l'intoxication. Que nos moyens de défense contre l'intoxication (intestin, corps thyroïde, capsules surrénales, foie, reins,) cèdent, que l'un d'eux s'affaiblisse, nous verrons l'artério-sclérose apparaître.

Nous avons traité notre malade comme une intoxiquée, comme un cas d'imperméabilité rénale, par le régime hypochloruré (le lait), la théobromine — celle-ci force la barrière rénale —, et un peu de strophantus. Très rapidement, la dyspnée a disparu. En présence d'un cas d'artério-sclérose comme celui-ci, il faut instituer un régime déchloruré ou hypochloruré — je préfère encore le régime hypochloruré, le lait —, conseiller le lait, les farines, les végétaux, la théobromine.

Cela dit sur notre malade, je vais reprendre maintenant l'étude de l'artério-sclérose, considérée à son début, à sa période initiale, à la phase d'intoxication.

L'artério-sclérose est une maladie d'observation courante et d'un intérêt capital. C'est, en effet, une des causes les plus répandues de la mort, après 45 à 50 ans. Elle mérite d'autant mieux notre attention que, si l'on veut bien, dès ses premiers indices, se soumettre à un régime approprié, on arrive à retarder considérablement sa marche. Je soigne des malades dans ces conditions depuis quinze ans et plus : avec de la théobromine, du lait, un régime végétarien, ils ont pu parcourir ce laps de temps sans incident et sans ennuis.

La tare héréditaire est fréquente. Un grand nombre de personnes sont issues de parents arthritiques, goutteux, qui ont succombé à une élection de l'artério-sclérose sur le cerveau, l'aorte, le cœur, le rein.

Le futur artério-scléreux a, d'abord, dans son jeune âge, des poussées d'eczéma ; vers 15 ans des épistaxis ; vers 20 ans des migraines ; vers 25 ans des poussées hémorrhoïdaires ; une calvitie précoce, à 25, 28 ans.

Les premiers signes annonçant l'artério-sclérose sont des troubles d'insuffisance rénale et des troubles d'hypertension. Plus tard, la maladie se spécialisera pour créer des aortiques, des cardiaques, des rénaux, des cérébraux. L'artério-sclérose deviendra mono ou poly-viscérale, cérébro-cardio-rénale par exemple. Ainsi s'expliquent l'aortisme, l'hémorrhagie cérébrale héréditaires. Il faut bien connaître et rechercher ces modalités héréditaires pour diriger le malade dans une voie convenable.

De quoi se plaint l'artério-scléreux à la période initiale ? De pesanteur au niveau des reins, de polyurie nocturne. Il se lève à 1 heure, à 3 heures du matin, pour uriner. L'urine est décolorée et augmentée de volume ; elle atteint près de 2 litres. Si vous recherchez la perméabilité rénale, vous trouvez une insuffisance des chlorures et une moindre perméabilité au bleu. Tous les artério-scléreux ont-ils de l'imperméabilité rénale, au début ? Une étude de ce genre n'a pas été faite. Les urines renferment des traces d'albumine ; il y a une albuminurie légère, intermittente, plus abondante quand le malade fait des crises d'hypertension.

Ces sujets ont des œdèmes fugaces, des paupières, du prépuce. Ils font de la dyspnée d'effort. Ils ne peuvent plus courir, monter les étages sans être obligés de s'arrêter. Enfin, la nuit, ils ont des accès paroxystiques d'oppression. Leur facies est pâle, jaunâtre. Ils se plaignent d'inaptitude au travail et ils offrent un léger amaigrissement. Ces troubles cèdent au lait et à la théobromine.

A l'examen du cœur, on constate ceci : la pointe ne bat plus dans le 4e ou 5e espace. Elle vient effleurer le 6e. Le choc cardiaque est plus étalé. La matité cardiaque est augmentée et atteint 110 à 115 centim. carrés. A l'auscultation, on entend un retentissement diastolique du deuxième bruit de l'aorte. Ce deuxième bruit est éclatant, parfaitement localisé dans le deuxième espace intercostal droit ; il naît et disparaît sur place ; il n'est pas trop sonore, sinon vous auriez le bruit clangoreux, qui appartient à la dilatation de l'aorte. Le bruit clangoreux, de gond, est un bruit intense, métallique, étendu au-dessus et en dehors du foyer aortique ; il se prolonge quelques instants. Vous avez enfin un bruit de galop ; il permet de dire : « Voilà un malade qui entre dans l'artério-sclérose ».

Ces éléments constatés, vous passez à l'examen complet du système artériel. Le pouls est tendu, dur, petit. Un pouls large, vibrant, bondissant, indique plutôt une tension normale. Dans l'hypertension et l'artério-sclérose, le pouls est petit, en fil de fer, fréquent, régulier. Vous rechercherez, également, un phénomène indiqué par M. Huchard, la stabilité du pouls. L'individu n'a pas le même nombre de pulsations debout ou couché ; il y a différence de 6 à 8 pulsations, en plus dans la première position. La diminution de cet écart, son renversement, etc., sont des indices en faveur de l'hyper ou de l'hypotension.

Il existe plusieurs appareils pour la recherche de la tension artérielle. L'appareil de Potain prend la tension de la radiale ; il écrase l'artère et donne la tension maximum. L'appareil de Hill est plus pratique, en clinique : il donne la tension moyenne.

L'artério-scléreux est un hypertendu. Il est des symptômes propres à l'hypertension qui appartiennent, par conséquent, au début de l'artério sclérose. Ces symptômes, dépendant de l'hypertension (ils cessent quand l'hypertension est amendée), sont les suivants : une exagération de l'albuminurie, une céphalée particulière, pulsatile, comme des coups de marteau dans les tempes et le front. Cette céphalée est distincte de la céphalée urémique. Dans la céphalée urémique, il n'y a pas l'ombre de pulsation. La douleur s'exagère la nuit, alors que la céphalée pulsatile se calme la nuit.

L'hypertension cause aussi : des épistaxis, un pouls tendu, serré, des vertiges, en levant la tête, des bourdonnements, des accès d'amaurose à début subit, à disparition non moins subite, qui relèvent de spasmes de l'artère rétinienne. C'est, par exemple, un individu qui, brusquement, cesse de voir une pendule qu'il regarde. L'hypertension peut provoquer encore de l'hémianopsie, une aphasie transitoire avec possibilité de monoplégie ou d'hémiplégie passagères, des crises de convulsions rappelant l'épilepsie, crises que guérissent le lait, la théobromine, la saignée quelquefois.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Tuberculose et rhumatisme chronique.

M. Poncet et ses élèves ont attiré l'attention sur l'influence, selon eux primordiale, de la tuberculose dans l'étiologie du rhumatisme chronique. Récemment aussi, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Milian apportait à l'appui de la même thèse, l'observation d'une série de 10 cas de rhumatisme chronique où il avait obtenu 10 fois une réaction générale après injection d'un quart de milligramme de tuberculine.

L'opinion soutenue par MM. Poncet et Milian vient d'être discutée par MM. Souques et Cawadias. Dans une note sur les rapports de la tuberculose avec le rhumatisme chronique progressif, ces auteurs exposent les résultats de leur enquête relative à 25 malades de l'hospice d'Ivry atteints de rhumatisme chronique généralisé et progressif.

Au point de vue clinique, MM. Souques et Cawadias n'ont rencontré qu'exceptionnellement la tuberculose dans les antécédents et dans l'état actuel de leurs 25 malades. Au point de vue de l'épreuve tuberculinique, 2 sujets sur 20 ont réagi avec une injection de 2 dixièmes de milligramme, et 6 sujets sur 11 ont réagi à une injection plus forte de 5 dixièmes de milligramme de tuberculine. Les auteurs concluent de là que l'origine tuberculeuse du rhumatisme chronique doit être rare et que la tuberculose ne joue pas un rôle primordial dans son étiologie.

Valeur diagnostique de la tuberculine.

Dans la communication précédente, M. Souques était amené à soulever une autre question : celle de la valeur diagnostique, *chez l'homme*, de la tuberculine. Son travail montrait, en effet, une réelle discordance entre les résultats de l'examen clinique et ceux de l'épreuve tuberculinique.

Les 25 malades sur lesquels avait porté son enquête n'offraient cliniquement aucun antécédent, ni aucun signe actuel de tuberculose, et cependant un certain nombre d'entre eux avaient réagi à la tuberculine, dans la proportion de 1 sur 10 pour une injection de 2 dixièmes de milligramme, et de 6 sur 11, pour une injection de 5 dixièmes de milligramme.

L'interprétation de tels faits présente quelque difficulté : en pareille circonstance, faut-il accorder la priorité à l'examen clinique ou à l'épreuve tuberculinique ? En d'autres termes, cette dernière a-t-elle une valeur diagnostique spécifique ; est-elle, chez l'homme, un critérium, une preuve indiscutable de tuberculose ?

Les avis émis à la Société médicale des hôpitaux, sur ce sujet, sont loin d'avoir été concordants.

M. Souques n'hésite pas à accorder sa confiance à la méthode clinique. Selon lui, l'épreuve tuberculinique positive, la réaction fébrile provoquée par l'injection de tuberculine, n'a rien d'absolu. La valeur diagnostique de la tuberculine, dit-il, est contestée et contestable parce qu'elle n'amène pas constamment la réaction thermique chez les tuberculeux et parce qu'elle la provoque souvent chez les non tuberculeux. Ainsi, dans des essais tentés à Berlin, cette réaction s'est rencontrée chez des malades non tuberculeux dans une proportion de 27 % des cas. Plusieurs auteurs ont signalé la réaction tuberculinique chez des syphilitiques, des cancéreux, des lépreux, etc.. M. Hutinel, d'autre part, a obtenu la même réaction avec des injections de sérum artificiel chez des enfants tuberculeux.

A ces critiques, M. Milian répond en rappelant les recherches si précises de Nocard et de Bang. M. Nocard s'exprimait ainsi : « Sur 1.500 animaux soumis à l'épreuve de la tuberculine, 192 ont fait l'objet d'une autopsie complète. Sur ces 192 animaux, 124 avaient éprouvé la réaction caractéristique ; à l'exception d'un seul, atteint de pseudo-leucémie, ils ont tous présenté à l'autopsie des lésions tuberculeuses. Le plus souvent, les lésions étaient discrètes, peu nombreuses, peu importantes. Plusieurs fois, je les ai vues consister uniquement en un petit nombre de granulations spécifiques, développées dans l'épaisseur d'un ou deux des ganglions rétro-pharyngiens ou des médiastins, ou encore du bord concave de l'intestin ; il m'a fallu parfois une grande confiance dans l'action spécifique de la tuberculine et beaucoup de patience et de persévérance pour ne pas renoncer à la recherche de la lésion tuberculeuse qui devait exister ». Et M. Milian ajoute que si, chez un sujet faisant une réaction positive à la tuberculine, l'examen clinique ne révèle rien de suspect, c'est qu'il s'agit de lésions tuberculeuses latentes.

Il y a donc, on le voit, un certain désaccord sur la valeur diagnostique à attribuer à l'injection de tuberculine, chez l'homme tout au moins.

De plus, la question de dose n'est pas encore bien déterminée, les uns injectant des doses faibles de 1 à 2 dixièmes de milligramme, les autres allant aux doses plus élevées de 5 à 10 dixièmes de milligramme. M. Paul Claisse propose la méthode dite « des injections de tuberculine à petites doses égales, d'Ostrowsky » fondée sur le principe suivant : si on injecte à un adulte sain deux dixièmes de milligramme de tuberculine tous les trois jours, il ne commencera à réagir qu'à la septième injection. Si le sujet est tuberculeux, il réagira (la réaction consiste en une élévation de température de 1 degré environ, avec congestion autour de la lésion et malaise spécial), parfois dès la première injection, ou seulement à la deuxième ou à la troisième, au plus tard à la quatrième. Il y aurait donc une zone neutre — entre la quatrième et la septième injection — qui séparerait le sujet sain du tuberculeux et qui serait suffisante pour permettre un diagnostic exact.

Cuti, sous-cuti et ophtalmo-réaction à la tuberculine.

La tuberculine ne détermine pas seulement une réaction générale. Elle peut provoquer aussi des réactions locales, intéressantes à connaître, et qui ont été appliquées ces temps derniers au diagnostic de la tuberculose sous les noms de sous-cuti, cuti et ophtalmo-réaction.

L'injection hypodermique de tuberculine peut entraîner, au point inoculé, une réaction douloureuse locale avec gonflement, rougeur et chaleur de la région. Cette *sous-cuti-réaction* se

joint à la réaction thermique générale qui la prime en importance.

La *cuti-réaction* (méthode de von Pirket et Vallée) consiste en une plaque érythémato-papuleuse, avec ou sans bourrelet œdémateux périphérique, apparaissant, aux points de la peau où l'on a fait une piqûre légère que l'on a inoculée avec du liquide tuberculinique.

L'*ophtalmo-réaction* (méthode de Eisner-Calmette) consiste en une rougeur, avec parfois tuméfaction et exsudat de la conjonctive, se produisant peu après l'instillation d'une goutte d'une solution aqueuse de tuberculine à 1 p. 100.

Ce tuberculino-diagnostic local a donné lieu à plusieurs communications à la Société médicale des hôpitaux.

MM. Sicard et Descamps ont fait des constatations peu favorables à la cuti-réaction. Ils l'ont appliquée chez 27 sujets et, s'ils ont obtenu des réactions très nettes chez les tuberculeux au début, la réaction a été également positive chez des individus qui cliniquement semblaient indemnes de toute tuberculose ; cela, dans la proportion de 1/4 à 1/3. L'ophtalmo-réaction leur a paru plus fidèle et plus sûre. Cependant, elle a fait défaut dans un cas de tuberculose granulique péritonéo-pleurale confirmée par l'autopsie.

M. Dufour a employé la cuti-réaction et l'ophtalmo-réaction chez les enfants. Pour ce qui concerne la cuti-réaction, ses recherches sont confirmatives de l'opinion de Von Pirket. Selon von Pirket, la cuti-réaction n'a de valeur que chez les enfants en bas âge, car les adultes et les enfants au delà de deux ans, même non tuberculeux, réagissent tous à l'inoculation tuberculinique de la peau. Pour ce qui concerne l'ophtalmo-réaction, M. Dufour la considère comme une méthode inoffensive et de grande utilité dans le diagnostic précoce de la tuberculose.

M. Letulle a étudié l'ophtalmo-réaction sur 75 tuberculeux Elle a été positive 72 fois et négative 3 fois. Les cas négatifs concernent deux phtisiques moribonds, dont l'organisme ne pouvait plus produire de réaction de défense, et un vieux tuberculeux scléreux, en inactivité bacillaire sans doute. M. Letulle a complété son enquête en expérimentant l'ophtalmo-réaction sur 50 malades ne paraissant pas atteints de tuberculose. La réaction fut positive 19 fois, décelant ainsi, ajoute l'auteur, une tuberculose non révélée cliniquement. M. Letulle considère, en résumé, l'ophtalmo-réaction à la tuberculine comme une méthode simple, sûre et sans danger.

Syphilis diffuse cérébro-spinale

(*Syndrome Guillain-Thaon*)

M. Léon Bernard présente l'observation d'un cas de syphilis diffuse cérébro-spinale, forme clinique spéciale décrite en 1905 par MM. Guillain et Thaon.

Le syndrome Guillain-Thaon constitue un type de transition entre le tabes, la paralysie générale et la myélite syphilitique. Il emprunte à ces trois affections un certain nombre de leurs symptômes, qu'il réunit : au tabes, l'ataxie, le signe de Romberg, les douleurs fulgurantes ; à la paralysie générale, l'amnésie, l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll Robertson ; à la myélite syphilitique, l'exagération des réflexes, les troubles génitaux, les mictions impérieuses.

Cet ensemble de troubles morbides, qui rappelle à la fois le tabes, la paralysie générale et les myélites syphilitiques, sont influençables, quand ils ne sont pas trop anciens, par le traitement mercuriel. C'est là une particularité intéressante pour le praticien.

P. L.

CHIRURGIE PRATIQUE

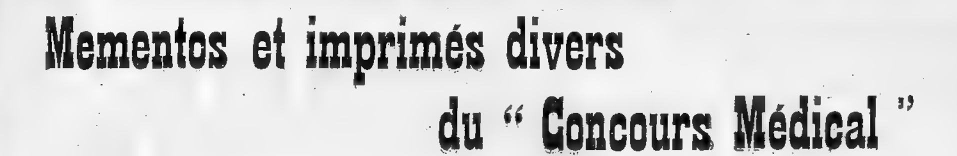
Nécessité et possibilité d'un diagnostic précoce dans le cas de cancer du col utérin.

C'est une notion courante que nombre de cancers du col de l'utérus, pour avoir été méconnus au début, ont été opérés trop tard, alors qu'il eût été plus sage de les abandonner à leur sort. Il convient d'ajouter qu'une des idées les plus ancrées dans l'esprit des praticiens c'est l'incurabilité du cancer. Cette idée, comme l'a dit Jean-Louis Faure, est plus incurable que le cancer lui-même. Le même auteur, dans un récent article paru dans *La Presse Médicale* (1), se déclare un apôtre convaincu de l'intervention chirurgicale. Dans son plaidoyer, appuyé sur des faits précis, sur des cas de guérisons indubitables, il pousse un cri d'alarme, il condamne l'abstention et engage les chirurgiens à l'action, s'efforçant de leur faire partager la confiance qu'il a dans les heureux résultats qu'on peut obtenir d'une opération pratiquée et conduite selon certaines règles formulées avec précision. Il invite, d'autre part, les praticiens à dépister de bonne heure le cancer, afin de faire bénéficier les malades de toutes les chances possibles de guérison.

Il importe donc d'établir le diagnostic de cancer à une phase précoce si l'on veut être réellement utile aux malades. Cette nécessité s'impose d'autant plus, que la santé générale de certaines malades n'est nullement troublée au début du cancer et que telle malade, atteinte d'un néoplasme assez avancé, peut avoir un aspect florissant. J'en ai connu, pour ma part, plusieurs exemples. C'est dire qu'il serait absolument contraire à la clinique, en matière de cancer, de compter sur l'évolution du mal pour établir le diagnostic. Cette formule devra être rejetée, car un retard peut devenir pour la malade une condamnation à mort. Le cancer, opérable aujourd'hui, ne le sera peut-être plus demain.

Comment peut-on être conduit au diagnostic de cette affection ? Nous passerons rapidement en revue les quelques données qui permettront, la plupart du temps, de faire ce diagnostic précoce. La question d'*âge* a son importance. Les auteurs classiques admettent que le cancer utérin est une affection de l'âge avancé. Ceci n'est pas tout à fait exact pour le cancer du col, qu'on peut parfaitement rencontrer au-dessous de trente ans (les cas de cancer du col à vingt-cinq ans, à vingt-neuf ans, ne sont pas rares). Mais, en général, c'est entre trente-huit et cinquante ans que le cancer utérin se manifeste pour le corps comme pour le col.

(1) J.-L. Faure.— « La cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus » *La Presse médicale*, 2 mars 1907, p. 137.



Mementos et imprimés divers du " Concours Médical "

BROCHURES DIVERSES

La Réforme des Etudes Médicales. *L'enquête du « Concours Médical » auprès des médecins praticiens et auprès des professeurs de la Faculté de Paris,* par le Dr LACROIX, Secrétaire de la Rédaction du « Concours Médical». Brochure de 104 pages. Prix: 2 fr. franco.

Les médecins et la mutualité, par le Dr Pierre DARIN. Brochure. Prix : 1 fr. franco.

Les honoraires médico-légaux et l'Exercice de la médecine légale, par le Dr LANDE. — Franco, 0 fr. 25.

L'inspection médicale des Ecoles, par M. le Dr JEANNE. Prix : 0 fr. 50 franco.

Renseignements pratiques sur la prescription en matière d'honoraires médicaux, par G. GATINEAU, avocat à la Cour d'appel, conseil judiciaire du « Sou Médical ». Prix : 0 fr. 10 franco.

Statuts-type d'un Syndicat médical (Syndicat de l'arrondissement de Versailles) et **Comment doit naître et vivre un Syndicat médical.** Les deux plaquettes. Prix : 0 fr. 10 franco.

Les lacunes de la loi sur les accidents du travail. *Exploitation des industriels, des blessés et des médecins. Modifications à insérer dans la loi pour faire cesser les abus,* par le Dr Ch. DIVERNERESSE (de Saint-Mandé), 5e édition. Brochure de 158 pages de texte compact. Prix : 1 fr. 50 franco.

Interprétation de quelques points du Tarif ministériel-accidents, (certificats, pansements, séances de massage et d'électricité). Prix : 0 fr. 10.

Les accidents du travail : Manuel à l'usage de la victime ou de ses ayants-droit, par M. QUILLENT, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers du département de la Seine. Prix : 0 fr. 15 franco.

Vade-mecum du médecin praticien dans ses interventions pour les **accidents du travail** régis par les lois de 1898-1902-1905, d'après les documents du « Concours Médical » et du « Sou Médical », recueillis par le docteur Duchesne. — Prix : 2 fr. franco.

TARIFS

Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux, par le Dr JEANNE, Rédacteur en chef du *Concours Médical.* 3e Edition, refondue et augmentée. Prix : 0 fr. 75 franco (au profit du « Sou Médical »).

Tarif spécial des honoraires médicaux pour les accidents du travail avec son *Répertoire alphabétique* et les *modifications* apportées par le décret du 26 juillet 1906. Franco 0 fr. 60.

Tarif pharmaceutique, pour les accidents du travail. Franco 0 fr. 75.

IMPRIMÉS DIVERS

Accidents du travail

Notes d'honoraires médicaux. Mémoires de fournitures pharmaceutiques, prévues par l'art. 15 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905.

Notes d'ordonnances. — Notes d'ordonnances portant comme en-tête les instructions aux blessés du travail.

Certificats. — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

Ces quatre sortes d'imprimés sont envoyés franco au prix de :

Les 50	1 fr. 50	Les 500	10 fr. »
Le 100	2 fr. 50	Les 1000	15 fr. »

Affiches. — Affiches indiquant sous forme d'avis les droits des blessés et les pénalités encourues par ceux qui entravent le libre choix de médecin. Prix franco : les 50, 3 fr., le cent, 5 fr.

Mémoires d'expertises. — Accidents. — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail. Prix franco : 2 fr. 50 les 50 et 4 fr. le cent.

Justice criminelle

Mémoires de frais de justice criminelle (honoraires.) **Mémoires de frais de justice criminelle** (fournitures). — Au recto de ces mémoires, on trouvera des colonnes dans lesquelles on pourra porter le relevé des opérations et le montant des honoraires ; au verso, on trouve le réquisitoire et l'exécutoire à faire signer par les autorités compétentes qui ordonnanceront le mémoire.

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel. Prix franco : 2 fr. 50 les 50 et 4 francs le cent.

Adresser les commandes accompagnées du montant (en timbres ou mandats) à l'Administrateur du « Concours Médical », 23, rue de Dunkerque, PARIS

Association amicale DES médecins français

Le Dr Mignon, secrétaire général, prie les confrères, membres de l'Amicale, de lui adresser, dorénavant, toutes leurs communications et correspondance, **Au Vésinet** (S.-et-Oise), *Villa des Pages.* (*Maison d'hydrothérapie et d'électrothérapie des Drs Raffegeau et Mignon*).

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Un exemple à suivre.

Le Conseil de Direction du *Concours* adresse ses bien vifs remerciements à son correspondant le Docteur Boudin, d'Oyonnax, qui vient d'envoyer 5 adhésions au « Sou Médical », 3 adhésions à l'« Amicale », 3 adhésions au « Patronage » et 1 adhésion au « Concours ».

Dr P. L. à *Concours.* — Je vous serais reconnaissant de me répondre par lettre et au plus tôt aux questions suivantes :

Le conseil municipal d'une commune a-t-il le droit de subventionner un médecin d'une ville voisine, afin que celui-ci se rende une fois par semaine dans la commune et se mette à la disposition des malades *indigents ou non* qui demanderont ses soins. Les malades n'ont à payer que la visite et non le déplacement. Le ou les médecins qui ne seraient pas subventionnés se trouveraient de ce fait dans une situation inférieure, les malades préférant en général payer 2 fr. que 10 fr. Ces médecins ne pourraient-ils pas faire annuler la délibération du conseil en question en invoquant le détournement de clientèle ou le préjudice causé.

En admettant que le traité ainsi passé entre une municipalité et un médecin soit légal, pour combien de temps peut-on contracter, 10, 15 ou 20 ans ou même davantage ?

A noter que la délibération en question indique que le conseil ne veut pas contrarier les indigents dans leur choix et que s'il y a des inscrits sur la liste d'assistance qui désirent des médecins autres que

Suite page X.

La *maternité* joue-t-elle un rôle dans la production du cancer utérin ? Le fait ne paraît pas douteux. Il est enfin une loi de pathologie générale qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit quand il s'agit de carcinose : c'est le rôle joué par le traumatisme dans la genèse du cancer. Les grossesses sont donc de nature à expliquer la prédisposition de certaines femmes à faire du cancer. Le col utérin subit, par le fait de l'accouchement, des dilacérations, des déchirures, des irritations avec ulcérations consécutives qui peuvent être des causes d'appel puissantes pour le développement d'un germe infectieux. Ce sont là des portes ouvertes au germe inconnu qui sera le point de départ de la multiplication cellulaire.

Si maintenant, nous passons en revue les particularités symptomatiques les plus dignes de fixer l'attention, nous trouvons au premier plan les *hémorragies*.

Souvent il s'agit d'une malade qui a franchi la période de la ménopause et qui, un an, deux ans, trois ans après la cessation de ses règles, voit apparaître des pertes sanguinolentes. Tout d'abord elle ne s'en inquiète pas autrement, mais devant la persistance de ses pertes elle s'alarme et va consulter son médecin. Celui-ci devra toujours suspecter un néoplasme chez toute femme qui voit réapparaître ses règles après la ménopause franchement établie. Et, la plupart du temps, l'examen direct justifiera les présomptions qu'on avait faites. Dans des cas plus fréquents, il s'agit d'une malade qui a encore ses règles. Dans ce cas, les hémorragies surviennent en dehors de la période menstruelle, elles sont intermenstruelles et irrégulières, et différents auteurs qui se sont occupés de cette question ont noté que c'est à l'occasion des rapports sexuels que ces hémorragies faisaient leur apparition. Le traumatisme local devient donc ici un facteur étiologique de premier ordre et qui devra toujours orienter l'investigation clinique du praticien. On verra quelques malades invoquer comme origine de ces hémorragies la constipation, la difficulté dans le rejet des garde-robes, un effort un peu violent. Enfin certaines femmes ont des pertes tellement irrégulières qu'elles ne sont plus à même de les distinguer de leurs véritables règles. Dans tous ces cas, il faudra s'assurer de la cause réelle des hémorragies, car il y a de graves inconvénients à errer longtemps dans le diagnostic.

Ces hémorragies sont ordinairement suivies de pertes rosées constituées par une sérosité abondante qui tache le linge et ne contribue pas peu déjà à frapper l'imagination des malades. A un degré plus avancé, les pertes s'accentuent, prennent l'aspect de raclure de chair pour devenir bientôt d'une fétidité caractéristique. C'est la période d'ulcération, avec bourgeons saignants, écoulement ichoreux, et nous n'avons pas besoin d'insister sur la nécessité qu'il y a à ne pas attendre l'apparition de ces symptômes tardifs, pour établir le diagnostic.

Les *douleurs* occupent une place importante, dans le tableau symptomatique. La douleur n'est pas un signe du début de la maladie, bien au contraire, car elle témoigne d'une évolution déjà avancée du néoplasme. L'apparition des douleurs dénote une invasion déjà profonde des tissus périutérins, car les phénomènes douloureux résultent vraisemblablement des phénomènes de compression des troncs nerveux du petit bassin et des ramifications nerveuses qui viennent s'épanouir dans les ligaments larges. A côté des phénomènes de compression se placent des réactions inflammatoires qui, elles aussi, peuvent être le point de départ de douleurs plus ou moins vives. D'autres causes ont été encore invoquées pour expliquer la genèse de ces douleurs : c'est ainsi qu'on a incriminé la rétention des sécrétions utérines par suite de l'obstacle que leur opposent les bourgeons néoplasiques, les rétroversions concomitantes, les répercussions salpingiennes. Quelle que soit la genèse de ces douleurs, il importe de bien se pénétrer de ce fait, c'est qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre la présence effective d'un cancer du col au début et la non-existence primitive de la douleur.

De même, comme nous l'avons dit plus haut, la persistance d'un *bon état de santé générale* est très compatible avec l'existence du néoplasme ; chez beaucoup de malades, en effet, les forces sont intactes, l'appétit conservé. Toutes ces raisons ne dispenseront donc pas le praticien de procéder à un examen attentif, s'il a une raison de soupçonner le cancer ; or, il est de toute nécessité que ce diagnostic soit posé à un stade précoce, et ce sont les signes objectifs qui résoudront le problème.

C'est le toucher vaginal qui révèlera les principaux caractères de la lésion, en nous enseignant les modifications apportées par le cancer au niveau du col utérin.

La forme végétante sera d'un diagnostic aisé, à cause de la présence de *bourgeons exubérants*, vasculaires et friables, très appréciables au toucher.

Le cas le plus commun est une *ulcération sur une tumeur*, mais parfois aussi c'est une tumeur non ulcérée, dont le principal caractère est de saigner au moindre contact ; c'est presque là un signe pathognomonique. Le second caractère de cette ulcération est son extrême friabilité. L'ongle ramènera toujours avec la plus grande facilité une parcelle de ce tissu suspect, presque toujours du cancer.

Dans d'autres cas, le toucher constatera un *col gros, dur, infiltré sans ulcération*, et c'est alors dans la cavité du col qu'il conviendra de chercher l'ulcération.

Enfin, si le moindre doute subsistait, on s'adresserait à l'anatomie pathologique, qui sera toujours à même de confirmer ou d'infirmer un diagnostic en suspens, l'*examen histologique* pouvant renseigner très rapidement sur la nature d'une ulcération du col, si légère soit-elle.

Ces moyens d'investigation étant mis en œuvre, le diagnostic se pose, et, une fois qu'il est établi, l'intervention chirurgicale s'impose.

Malgré les brillants succès obtenus par la voie vaginale dans les cas de fibromes et de suppurations pelviennes, entre 1885 et 1900, on s'accorde à considérer l'hystérectomie vaginale comme fatalement inefficace, puisqu'elle ne permet pas d'enlever largement les parties malades qui avoisinent le col et que l'enlèvement de ces tissus est précisément la condition nécessaire du succès.

Pour cette raison, J.-L. Faure est un partisan résolu de l'hystérectomie abdominale pour le cancer du col, car la laparotomie seule permet l'inventaire direct des dégâts causés par l'invasion néoplasique. Il préconise une technique qui

se rapproche de l'opération de Wertheim, qui consiste à pratiquer une dissection très large de la région péricervicale et du tissu cellulaire qui avoisine le col (paramètre), à enlever, s'ils se présentent facilement, les ganglions iliaques et à disséquer minutieusement les uretères. Ce chirurgien a publié ici même une statistique très encourageante de 12 cas personnels de guérison opératoire, dans lesquels neuf malades sont restées sans récidives après un intervalle de deux, trois, quatre et cinq ans, et le fait est d'autant plus intéressant à noter que les récidives surviennent en général immédiatement.

René de Langenhagen
(in *Presse médicale*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur le diabète sucré dans l'enfance.

En 1899, Bogoras avait réuni environ 560 observations de cas de diabète observés dans l'enfance : Brand (de Berlin) y ajoute, dans un travail très intéressant, les autres observations publiées depuis lors, et parmi elles onze nouveaux cas, recueillis dans la *Clinique infantile* de Heubner.

Qu'on l'envisage au point de vue étiologique ou clinique, cette maladie reste très variable, un seul point reste constant, c'est l'exitus léthal.

Le sexe semble avoir peu d'importance, quoique les garçons soient dans une faible proportion plus atteints que les filles. Brand rapporte 14 cas observés dans la première année de l'existence.

Au point de vue étiologique, l'hérédité occupe la première place (environ 18 %) ; puis viennent les traumatismes, les maladies infectieuses, les refroidissements, la dentition, etc.

A des cas-types en clinique s'en opposent d'autres, qui sont dépourvus de tout symptôme caractéristique. Le stade final est particulièrement court ; subitement, après que l'apparition de l'acétone, de l'acide acétique, de l'acide oxybutyrique dans les urines ont déjà annoncé la gravité de la situation, l'enfant tombe en collapsus ; la température devient inférieure à la normale, la figure pâle, le pouls petit ; la sensibilité est obtuse, la respiration fréquente, parfois apparaissent des convulsions.

Jusqu'à présent les résultats de la thérapeutique ont été insignifiants ; celle-ci ne peut d'ailleurs être que diététique, une cure de Carslbad est en effet très discutée, et l'organothérapie ne donne aucun résultat. On n'a guère que la ressource de diminuer la nourriture, et de faire jeûner complètement l'enfant certains jours. Les régimes au babeurre, ou à la farine d'avoine ont été mis à l'essai soit par Heubner, soit par Noorden, mais sans pouvoir entraver la léthalité. Quand il y a menace de coma, il est indiqué d'administrer largement les alcalins.

Le pronostic de la maladie est uniformément mauvais ; 46 morts sur 56 cas, soit 83 % de décès. D'une façon générale on peut dire que l'affection devient moins grave à mesure qu'avance l'âge du petit malade.

Les résultats de l'autopsie ont toujours été pour ainsi dire négatifs.

Sur l'emploi de l'ichthyol comme médicament analgésique.

Le médecin dispose à l'heure actuelle de toute une série de médicaments analgésiques ; mais ceux-ci ne peuvent être prescrits durant un long temps sans provoquer d'actions nocives. Hirschkron nous indique le citrophène, comme répondant à ce desideratum ; mais il préconise surtout l'ichtyol comme médicament réellement analgésique et inoffensif. Il emploie ce composé depuis 15 ans, et il a pu se convaincre suffisamment de toutes ses qualités. Dans les différentes variétés de rhumatisme, l'auteur recommande le procédé suivant : une longue bande de gaze est trempée dans une émulsion chaude d'ichthyol-glycérine à 10 %, puis enroulée autour de la région malade et laissée en place pendant 3 ou 4 heures. Si la température doit être maintenue constante, on emploie un thermophore. L'effet des boues thérapeutiques peut être renforcé par une addition de 5 % d'ichtyol.

Si l'on ajoute à une pommade ichtyolée une petite quantité de menthol les résultats sont frappants. Hirschkron recommande le mélange suivant ; à une pommade ichthyolée à 6 % on ajoute 1 % de menthol ; l'excipient se compose à parties égales de vaseline et de lanoline. Quand une application chaude n'est pas supportée, on étend cette pommade sur la région, et par dessus on place une compresse imbibée d'acétate d'alumine, dont la solution est diluée de quatre fois son volume. On obtient ainsi d'excellents résultats dans les attaques aiguës de goutte et dans le rhumatisme blennorrhagique.

Pour les affections médullaires, on se trouve bien également d'ajouter de l'ichthyol aux bains (60 grammes pour un bain complet). Ce médicament étendu sur la peau à l'état de pommade, renforce l'action des bains salés. En dermatologie il rend de grands services comme calmant, analgésique, résolutif, antiparasitaire, dans les lésions eczémateuses par exemple.

A l'intérieur, on prescrit l'ichtyol comme analgésique dans les catarrhes chroniques de l'estomac, dans les entérites chroniques avec flatulence, dans l'entérite tuberculeuse, les auto-intoxications, etc. Il en est de même pour les accumulations gazeuses qui se produisent dans l'intestin des hémorrhoïdaires ; par son action spéciale sur les gaz, l'ichthyol les évacue et par suite de leur élimination la circulation s'améliore ; les hémorrhoïdes se décongestionnent.

MÉDECINE PRATIQUE

A propos du diabète.

Qu'est-ce que le diabète ? Nous n'en savons rien.

La gravité de la maladie est-elle directement en rapport avec la glycosurie ? En aucune façon, car tous nous avons pu constater que certains diabétiques n'allaient jamais si mal que lorsque le sucre disparaissait de l'urine.

Le traitement, qui ne vise que le symptôme glycosurie, n'est donc pas un traitement et c'est bien souvent à tort, selon moi, que ce traitement est institué.

Je ne parle, bien entendu, que du diabète franc.

Que faut-il redouter dans ce cas ? C'est que le malade ne perde ses forces, ne maigrisse, ne s'en aille en détail. Et,pour le maintenir,que faut-il ? Lui conseiller un exercice régulier et modéré, ensuite et surtout le faire manger, lui éviter le dégoût et les mauvaises digestions.

Mais pour qu'il mange, pour qu'il ne se dégoûte pas, il faut lui permettre l'usage du pain, c'est un point que je considère comme essentiel.

Le diabétique mangera du pain comme à son habitude, il mangera des légumes, il mangera même des fruits. Et quand je parle de légumes,je n'entends pas seulement les légumes verts et les pommes de terre autrefois proscrites et maintenant en honneur — mais encore les légumineux s'il les digère bien. En somme, il modifiera fort peu son régime habituel, s'abstenant seulement des aliments trop sucrés qui n'ont pas d'ailleurs leur raison d'être.

La glycosurie ne se modifiera pas, qu'importe si le malade se maintient et s'il dure ?

J'ai pu constater sur de nombreux diabétiques conservant leur régime habituel une survie de plus de vingt années, j'en connais qui actuellement continuent à se bien porter et n'ont aucune envie de mourir.

C'est à se demander si le fameux régime de Bouchardat, n'a pas tué plus de malades qu'il n'en a guéri.

Mais il y a plus, chez des malades soumis au régime spécial et qui maigrissent à vue d'œil, le meilleur traitement consiste à supprimer ce régime et souvent alors on voit le malade reprendre du poids et des forces.

Et veut-on un exemple entre beaucoup ?

Il y a quelque dix ans, je fus appelé près d'un malade diabétique dont l'état commençait à être alarmant ; son médecin, qui venait de quitter le pays, l'avait depuis longtemps soumis au régime sévère généralement préconisé : il ne mangeait pas, digérait mal, était d'une maigreur extrême et avait perdu toutes ses forces. En un mot, c'était un malade perdu : affaire de temps simplement.

J'avoue que j'étais singulièrement gêné d'abord par les relations que j'avais entretenues avec mon confrère, ensuite par une question de rapports plutôt tendus avec la famille du malade, enfin par l'état du malade lui-même. Pourtant ma conviction était faite et je ne pouvais me soustraire à ce que je considérais comme mon devoir.

Aussi avec tous les égards, toutes les circonlocutions nécessaires, je tins au malade à peu près le langage suivant : « Ce que vous avez fait, tout le monde vous l'aurait conseillé et pourtant vous allez de mal en pis, vous le constatez vous-même ; si vous consultez dix médecins, il y en aura au moins neuf qui vous diront le contraire de ce que je vais vous dire, cependant je n'hésite pas : supprimez complètement le régime que vous suivez, revenez à votre régime habituel, mangez du pain, mangez des légumes, mangez des fruits. C'est le seul moyen que vous ayez de vous tirer de la situation où vous êtes ».

Le malade suivit mon conseil, l'appétit revint, les digestions se régularisèrent, il reprit du poids, au bout de trois mois il était revenu sensiblement à son état normal. La quantité de sucre dans l'urine augmenta certainement, mais le malade n'en eut cure : il revint à ses occupations et à sa vie active il se considérait comme guéri.

Sept ans après, il était pris de la grippe et mourait de gangrène pulmonaire, conséquence du diabète ou de l'alcoolisme ? Bien habile qui pourrait le dire.

Je pourrais citer encore le cas de deux frères également diabétiques : l'un suivant le régime dans toute sa sévérité mourait au bout de quatre ans ; l'autre, mon client, vivant de sa vie ordinaire, durait dix-sept ans sans être autrement malade et mourait subitement d'une attaque d'apoplexie.

Trente-quatre années de pratique m'ont amené à n'attacher pour ainsi dire aucune importance à la quantité de sucre contenue dans l'urine, si celle-ci se maintient dans des variations peu sensibles. Je serais heureux de savoir si des confrères partagent cette manière de voir

A. Gassot.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen.

Compte rendu de l'Assemblée générale obligatoire du 6 *avril* 1907.

Etaient présents : MM. Osmont, *président*, Hue, Noury, Postina, Léger fils, James, Bernard, Damour, Lerivrain, Lebourgeois, Madelaine, Gourdin, Servenière, Barette, Hauttement, Parat, Barbier, Meslier, Frémont, Auvray, de Caen, Gidon père, Léger père, Lecornu, Bourienne, Jamin, Quermonne, Lallier, Chambron, Chottard, Gourdier, Catois, Masson, Cassé, Charbonnier, *secrétaire* (33 membres).

Excusés : MM. Audrain, Collet, Gidon fils, Gosselin, Guillet, Guiot, Lefèvre, Lefilatre, Le Roux, Marais, Mengin, Vigot (12 membres).

Me Bénard, conseil judiciaire du Syndicat, assiste à la séance.

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière séance et une demande du Dr Noury relative à l'élaboration d'un règlement intérieur, le Secrétaire donne lecture de son rapport annuel, d'où il ressort qu'au cours de l'année 1906 la proportion des confrères syndiqués pour l'arrondissement s'est élevée de 59 % à 80 %. Si nous avons eu, en effet, à enregistrer 3 démissions, 13 nouvelles adhésions nous sont parvenues. Au cours de 1906,le syndicat a tenu six assemblées générales réunissant 113 présences et motivant 21 excuses.

Après la lecture de la correspondance, le Dr Jamin donne connaissance de son rapport très étudié sur le *tarif des honoraires médicaux pour l'assistance médicale gratuite.* Après discussion, les conclusions du rapporteur sont adoptées.

Elles seront soumises à la *Fédération des syndicats médicaux du Calvados* qui, après unifica-

tion, les transmettra au Conseil général pour la session d'août 1907.

La question des réquisitoires pour les soins à donner aux enfants assistés est traitée par le Dr Hauttement qui s'élève vivement contre l'ingérence extrême des autorités envers le corps médical. Le Dr Gourdier en profite pour rendre compte d'un incident profondément regrettable dont il a été la victime, et que le syndicat décide à l'unanimité de remettre entre les mains de notre conseil judiciaire pour étudier l'affaire et voir les suites qu'elle peut comporter.

Le syndicat précise ensuite les questions qui lui paraissent les plus utiles d'être traitées au Congrès des praticiens, et charge ses deux délégués, les Dr Osmont et Charbonnier, de soutenir s'il y a lieu les revendications du syndicat.

En fin de séance, le Dr Jamin émet le vœu de voir étudier la question de l'*inspection des enfants du premier âge* et de la *vaccination gratuite obligatoire* qui devrait, suivant lui, devenir un service public et ne devrait pas appartenir aux seuls médecins officiels. Une commission est nommée pour l'étude de cette importante question, et la séance est levée à 4 heures 45.

Le secrétaire,
Dr CHARBONNIER.

Le même jour, un déjeuner confraternel réunissait au restaurant de Madrid les Membres du Syndicat au nombre de vingt.

Inutile de dire que la plus franche gaîté n'a cessé de régner, et que nous espérons les voir venir encore plus nombreux au déjeuner d'octobre.

Compte rendu de l'Assemblée générale ordinaire du 9 juillet 1907.

Etaient présents : MM. : Dr Osmont, *président*, Masson, Auvray, de Caen; Damour, Lefévre, Bernard, Postina, Auvray, de Dives; Barettel, Lecornu, Noury, Mengin, Gourdier, Charbonnier, *secrétaire*.

Excusés : Dr Paul Léger, Catois, Jamin, Hauttement, Barbier, Chambron, Lallier, Le Roux.

Les docteurs Elmerich, de Ranville, et Guichard, de Caen, sont élus membres du Syndicat.

Le Dr Barette rend compte de la séance de la Fédération du 16 juin dernier, notamment, du tarif élaboré pour *l'Assistance médicale gratuite*. Certaines omissions ont été faites dans l'élaboration de ce tarif notamment, en ce qui concerne l'ophtalmologie. Les délégués ont pleins pouvoirs pour réparer cet oubli à la réunion de juillet.

Le Dr Barette donne lecture de l'ordre du jour voté par la Fédération à propos de l'impôt sur le revenu. Cet ordre du jour est conforme à celui voté par le Syndicat des médecins de la Seine.

On aborde ensuite la question de la *vaccination gratuite et obligatoire* qui doit venir à la prochaine réunion de la Fédération, le 28 juillet prochain.

Une longue discussion s'engage à ce sujet à laquelle prennent part la majorité des membres présents.

Finalement les conclusions suivantes sont adoptées par le Syndicat :

1° Un vœu par lequel les INDIGENTS auront seuls désormais le droit d'être admis au bénéfice de la vaccination gratuite et obligatoire ;

2° Les HONORAIRES dus aux médecins vaccinateurs seront ainsi fixés :

a) Indemnité kilométrique : 1 fr, par kilomètre à l'aller.

b) Indemnité par opération vacinale : 0 fr. 50.

c) Indemnité pour la séance de revision : 0 fr.50 par opération avec minimum de 3 francs, plus l'indemnité kilométrique ci-dessus mentionnée. Les certificats seront établis gratuitement.

3° Au sujet de la revision des CIRCONSCRIPTIONS, le syndicat émet le vœu que tout médecin désirant adhérer au service de la vaccination soit pourvu d'une circonscription vaccinale.

Cela ne pourra provoquer que le morcellement des conscriptions et le budget départemental ne pourra qu'y gagner puisque en fait, les indemnités kilométriques seront très réduites.

Le Président donne ensuite lecture, en l'absence du Dr Hauttement, d'une feuille de visite de la Société *de Secours mutuels des Cantonniers de la 1re circonscription de Caen.*

Cette société possède des statuts qui voudraient nous obliger à violer le secret professionnel en nous invitant à répondre à un questionnaire dont l'utilité nous échappe.

Le Syndicat met les confrères en garde contre ce questionnaire et les engage à ne répondre à aucune des questions posées.

Même recommandation leur est faite au sujet du *Bulletin de naissance* réclamé par les mairies et qui nous vient, paraît-il, en ligne directe du Ministère du Travail (*sic*). Il y a dedans des questions d'une croustillante indiscrétion.

Enfin une douce gaieté s'empare des membres du Syndicat quand le président leur donne lecture d'un prospectus annonçant la mise en vente du fameux livre « *Défends ta peau contre ton médecin* ». Il est impossible d'analyser rapidement pareille prose, il faut la lire, cela en vaut la peine.

Les membres du Syndicat se séparent ensuite après avoir dénoncé plusieurs faits d'exercice illégal et avoir décidé qu'il n'y avait pas lieu, quant à présent du moins, d'entrer en pourparlers avec le *Syndicat des Pharmaciens du Calvados* pour créer une *Union médico-pharmaceutique.*

Le Secrétaire,
Dr CHARBONNIER.

N. B. — La prochaine assemblée (*obligatoire*) aura lieu, à Caen, vers le 10 octobre prochain. Les Confrères qui n'auraient pas reçu de convocation avant le 5 octobre, sont priés d'en aviser le Secrétaire.

Associations amicales des anciens élèves des Facultés de médecine.

Un des caractères de notre époque est certainement cette tendance de nos contemporains à se grouper en associations diverses afin d'obtenir chaque fois, pour chaque but cherché, le maximum de résultats possibles avec le minimum d'efforts et même, dans certains cas, des résultats que l'initiative et l'énergie d'un seul seraient impuissantes à atteindre.

Associations ouvrières, associations commerciales, associations professionnelles, diverses associations littéraires, artistiques, scientifiques, philanthropiques, tout le monde éprouve le besoin

de solidariser ses intérêts ou ses besoins avec ceux du voisin.

Les questions de sentiment réunissent également les hommes et nous voyons dans cet ordre d'idées des associations ayant pour but de faire aimer la petite patrie, de réunir les fidèles d'un même dogme religieux ou politique ou plus simplement encore les fidèles du souvenir des jours et des mois passés sur les bancs de la même école.

Bref, l'association revêt aujourd'hui mille formes.

Où qu'on se tourne, elle s'impose à l'attention et il est fort difficile d'échapper à son étreinte soit amicale, soit hostile et c'est le cas de répéter la parole antique : Malheur à l'isolé.

Les médecins pourtant sont encore ces isolés, aussi dans bien des circonstances, leurs intérêts et leurs sentiments sont-ils sacrifiés aux intérêts et aux sentiments des divers groupes sociaux.

Ils paraissent éprouver une sorte de répugnance à faire bloc contre leurs antagonistes. C'est là une anomalie, un archaïsme dont le plus clair résultat est leur écrasement.

Il est difficile de leur faire prendre une décision d'intérêt professionnel d'ordre général et surtout de la faire exécuter. Je prends, par exemple, la question des honoraires et du tarif minimum élaboré par les divers syndicats médicaux. Eh bien ! que se passe-t-il à propos de ces tarifs ? Ceci tout simplement.

Il en est qui ne les appliquent pas ; il en est qui font du rabais, d'autres de la gratuité, probablement par esprit de concurrence.

Certains font cela pour s'attirer des suffrages et obtenir des succès électoraux ! Le calcul — que les intéressés me permettent de le dire — est mauvais. Ils portent préjudice aux confrères et aggravent l'acuité de la crise médicale sans profit pour eux-mêmes. Si loyalement ils appliquaient le tarif, ils toucheraient davantage et quant à ce qui est de la concurrence, ils la feraient en essayant d'être plus habiles dans leur art que leurs confrères. Ce serait là de la bonne concurrence dont le résultat sera : plus d'argent à toucher et aussi plus de respect. Les médecins politiques eux-mêmes auraient tout autant de voix en faisant payer leurs clients.

Oh ! je sais. Certaines âmes pétries de délicatesses inexprimables vont s'exclamer à ce mot d'argent ! Mais cela, à mon avis, n'a pas d'importance et n'est pas sincère. L'argent est la représentation du travail, du service rendu, il est un moyen absolument nécessaire.

Il ne doit pas nous gouverner, c'est nous qui devons le gouverner, c'est entendu, mais il ne faut pas faire semblant de le dédaigner.

Comment faire pour transformer cette mentalité toute particulière et obtenir un état d'esprit plus en rapport avec l'état actuel de l'évolution sociale ? Comment faire ? Réunir le plus souvent possible les confrères sous tous les prétextes possibles.

A force de se réunir, de se voir, un souffle plus grand de solidarité professionnelle fera vibrer leurs âmes et peut être une entente sincère et pratique sera-t-elle possible entre tous ?

Dans cet ordre d'idées mon camarade, le Dr Ph. Thadée et moi-même avons fait adopter par l'Association des médecins des arrondissements de Castres et de Lavaur le principe de l'assistance obligatoire au banquet annuel qui suit l'assemblée générale de cette association (1).

C'est là une excellente chose dont nous espérons les meilleurs résultats. A ce banquet obligatoire on se voit, on cause, on oublie pour un moment la lutte si âpre de tous les jours, on apprend à se mieux connaître et à mieux s'estimer. Bref, bien des angles sont arrondis, bien des heurts adoucis et parfois des malentendus sont dissipés.

On prend en outre l'habitude de voir le corps médical non plus comme une entité spéculative, comme une abstraction, mais comme une réalité vivante, parlante, agissante.

Au lieu d'un mot, *flatus vocis*, on a une réunion d'hommes en chair et en os.

Le résultat pratique de ces réunions gagnerait à ce qu'elles soient relativement fréquentes. C'est là une chose possible, pourvu que le banquet ne soit pas d'un prix trop élevé et le déplacement trop grand.

Mais il y a encore autre chose.

J'ai lu quelque part que les anciens élèves de l'une de nos Facultés de province avaient eu l'idée de créer une association fraternelle dans le genre des A. des collèges et lycées.

On ne peut qu'applaudir à cette initiative, on doit désirer qu'elle soit suivie partout.

Alors, peut-être, l'invidia se traduirait plus rarement en actes tels que le public lui-même en a souligné la portée. A diverses reprises, certaines personnes m'ont témoigné leur stupéfaction de cet état d'esprit et, au moment même où j'allais écrire ces lignes, un agent d'assurances m'en exprimait son étonnement. « C'est curieux, docteur, me disait-il, comme *vous vous mangez la laine sur le dos* (*sic*) les uns aux autres. » L'intérêt bien compris commanderait une autre manière de se présenter devant le public et l'agrément de la vie y gagnerait. Les relations les plus agréables ne sont-elles pas celles qui se nouent entre gens parlant la même langue ? ayant mutuellement la clef de leur âme ?

Mais pour que ces relations puissent exister, il faut y apporter de part et d'autre tout le laisser-aller de la camaraderie. Ce laisser-aller ne doit d'ailleurs pas exclure la retenue et la grâce aimable qui caractérisent les gens bien nés, retenue et grâce qui ne sont pas l'apanage de ce que les *snobs* appellent le monde.

On les rencontre tout comme à la campagne dans les salons luxueux de la ville.

Une association entre vieux camarades de la même Faculté peut atteindre ce résultat.

On a mille points de contact différents et plus intimes que ceux qui existent avec les confrères issus de Facultés diverses.

Une pareille association, sans aucune cotisation autre que les frais de convocations pourrait organiser quelques réunions d'une intimité charmante. Là on ne verrait pas de ces individus, comme on en rencontre dans le monde, appartenant d'ailleurs à toutes les professions, qui veulent pénéter dans vos pensées, tout savoir, tout connaître de vous, plus que par une vaine curiosité assurément, puisqu'ils restent eux-mêmes impénétrables.

(1) *Voir in* : *La fédération médicale* (de Toulouse), octobre 1906. *Le Concours médical*, 25 nov. 1906 : « Société des médecins de Castres et Lavaur », compte-rendu de l'Assemblée générale d'octobre 1906, p. 13.

Si vous essayez de les sonder, ils prennent un faux-fuyant, font semblant de ne pas comprendre ou, plus brutalement encore, ne répondent pas et parlent d'autre chose. Il est vrai que leur malice est cousue de fil blanc, à gros points informes par surcroît, mais il est non moins vrai qu'on leur répond la première chose venue et qu'il y a un plaisir tout particulier à se moquer d'eux en leur montant des bateaux de dimensions convenables.

Le dîner annuel d'une A. d'anciens élèves de la Faculté de Toulouse, par exemple, pourrait être suivi d'un bal qui ferait le bonheur des familles des médecins.

Ainsi serait élargi d'autant l'horizon de la solidarité professionnelle,car on aurait là un prétexte très légitime de réunion. Là, les amitiés,les camaraderies, les connaissances d'antan se renoueraient et se perpétueraient. J'en ai la preuve par le fait suivant. L'autorité militaire organisa récemment à Montpellier une école d'instruction des officiers du cadre auxiliaire du service de santé. A périodes fixes un médecin militaire, M. le Dr Toubert, ancien agrégé du Val-de-Grâce, fait des conférences très intéressantes.

J'ai pu malgré l'éloignement assister à quelques unes de ces réunions. J'y ai trouvé d'excellents camarades qui n'éprouvèrent pas moins de plaisir que moi-même à cette rencontre inattendue et avec eux la causerie fut très agréable !

Enfin des amitiés nouvelles s'y noueraient, les préventions et les jalousies s'y dissiperaient. Là il n'y aurait pas de pontife et le médecin le plus modeste y serait l'égal du camarade arrivé par son effort à la juste conquête de la robe rouge.

Bien plus, l'influence des uns serait mise à la disposition des autres et comme cela existe pour telle grande Ecole, la camaraderie se traduirait par une aide et un appui mutuels.

Dr Charles VIDAL
(de Castres).

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

« L'ancre médicale ».

Belleville, 1er sept. 1907.

Mon cher confrère,

Le Conseil d'administration du « Concours », dans sa séance du 27 juin dernier, dont le journal du 7 juillet contient en première page le compte-rendu, vous ayant invité « à poursuivre l'étude des avantages que pourrait offrir aux « médecins l'assurance mutuelle de leurs moyens « de transport par l'*Ancre médicale* », je viens, pour faciliter votre tâche, vous fournir quelques renseignements sur la marche et la situation actuelle de cette récente création.

Il est inutile de vous rappeler pourquoi et comment est née l' « Ancre médicale ».

La circulaire du Conseil d'administration, que le *Concours* a reproduite dans le numéro 35, du 2 sept. 1906, sous le titre : « Une nouvelle mutuelle médicale », expose longuement les raisons qui nous ont poussés à cette tentative ; donne des détails précis sur notre organisation, et notre administration assez complexes, mais exceptionnellement économiques ; relate les articles essentiels de nos statuts, et énumère enfin tous les risques que nous assurons ;

— Accidents causés aux tiers par nos automobiles, motocycles, bicyclettes ou chevaux et voitures ;

— Accidents pouvant atteindre les personnes transportées par nous dans nos véhicules ;

— Accidents occasionnés aux tiers par nos véhicules, même indépendamment de tout contact ;

— Dégâts matériels occasionnés à nos véhicules par choc avec des véhicules d'autrui.

— Conséquences de l'incendie se produisant dans ou par notre voiture automobile.

Fondée le 12 juillet 1906, l'Ancre médicale, au 31 décembre de la même année, après 5 mois 1/2 de début par conséquent, comptait 69 adhérents,et assurait des risques atteignant le chiffre total de 739.150 fr. se décomposant en :

355.650 francs pour les automobiles avec 41 polices.

86.000 francs pour les motocycles avec 11 polices.

50.000 francs pour les chevaux et voitures avec 9 polices.

40.000 francs pour les bicyclettes avec 8 polices.

Et enfin 207.500 pour l'incendie de 25 véhicules.

Au 12 juillet dernier, après un an d'existence, nous comptions 115 adhérents, dont les polices se décomposaient de la manière suivante, au point de vue des capitaux assurés.

1° Accidents actifs ou causés aux tiers .... sur lesquels 485.000 fr. de reprises assurés mais ne venant pas encore à effet.	1.201.500 frs.
2° Accidents passifs ou causés par les tiers	4.800 frs.
3° Accidents aux personnes transportées	23.000 frs.
4° Accidents survenus à des tiers, sans contact .... sur lesquels 10.000 francs de reprises.	105.000 frs.
5° Assurance, incendie	225.000 frs.
Total...	1.559.800 frs

A la fin du 1er exercice clos le 31 décembre étendu à 5 mois et demi seulement, nous avons pu distribuer à nos adhérents une ristourne atteignant 7 fr. 40 cent. par 100 fr. de primes versées ; cela,malgré les frais généraux considérables résultant de dépenses exceptionnelles de publicité.

Nous estimons ces résultats encourageants, et avec mes confrères du Conseil d'Administration, en voyant se réaliser nos espérances, nous pensons que dès à présent se trouve faite la démonstration de la raison d'être de notre Œuvre.

Le Concours nous encourage, n'est-ce point encore un gage de succès ?

Dans les nombreuses lettres de confrères qui me sont parvenues j'ai bien souvent relevé l'expression de craintes injustifiées, de critiques sans fondement, que je vous serais reconnaissant à l'occasion de vouloir bien réfuter.

Depuis la campagne de Diverneresse, chaque fois qu'on parle d'assurance à un médecin, ins-

tinctivement il se méfie ! Beaucoup de confrères croient difficilement que l'Ancre médicale est une véritable mutuelle médicale, une œuvre médicale ; ils craignent de trouver, s'abritant derrière un titre « bien choisi », une compagnie d'assurances ordinaire.

D'autres ne veulent pas admettre que nous puissions avoir un directeur technique non appointé, et dont les agents nous recrutent, sans commissions, des adhérents ! Cela leur paraît du bluff ! A ceux-là, un mot de vous, qui avez entre les mains le traité passé avec notre Directeur, pourrait donner confiance.

Il faut répéter que l'Ancre médicale étant une mutuelle à prime fixe, ses adhérents ne peuvent jamais être exposés à verser des primes complémentaires.

Enfin bien que dépourvue de réserve, l'Ancre médicale offre à ses sociétaires une garantie certaine par la réassurance de ses contrats à une puissante compagnie.

Notre organisation est telle qu'avec des tarifs moyens, nous devons, surtout à la suppression des commissions aux agents, arriver à des bénéfices certains. Les bénéfices c'est la réduction des primes, c'est-à-dire l'économie dans un important chapitre du budget médical.

Appréciant, à la suite de la publication de notre circulaire de l'an passé, la portée de notre création, nous écriviez dans le Concours : « Le Conseil de Direction n'a jamais poussé à fond l'étude de ce genre d'application de la solidarité médicale ». Voulez-vous en terminant me permettre à ce sujet l'expression d'un vœu : Que le *Concours médical* étudie donc les avantages qui pourraient résulter de la multiplication d'œuvres similaires à l'Ancre médicale. En créant des mutuelles, des coopératives, on donnerait aux médecins le moyen de faire des économies, qu'ils pourront utilement employer à s'inscrire dans les œuvres de bienfaisance, et de prévoyance, très utiles, mais qui pour beaucoup de confrères ont le défaut capital, certaines du moins, de coûter cher.

Dr LÉPINE.

(De Belleville-sur-Saône).

P. S. Le Conseil d'Administration de l'Ancre médicale est ainsi composé pour cette année.

Dr J. Lépine, de Belleville (Rhône), Président.
Dr Allemand, de Cours (Rhône),
Dr Bertoye, de Villeurbanne (Rhône).
Dr Bonnet, de Neuville-sur-Saône (Rhône).
Dr Fayard, du Péage-de-Roussillon (Isère).
Dr Bec, de Fleurie (Rhône), commissaire-censeur.

Le Directeur est M. Ingelbrecht, licencié en droit, au siège social, 1 quai de la Pêcherie, Lyon.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Un retour à la légalité dans l'admission aux Ecoles et Facultés de médecine.

Le Comité de vigilance du Congrès des Praticiens sera heureux d'apprendre que les Syndicats se mettent à collaborer avec lui sans souci du reproche toujours si galamment formulé de travailler pour la pièce de cent sous. Il approuvera aussi le ministre et le Conseil supérieur d'avoir en temps utile fait un rappel à la légalité.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Bernay

I

Bernay, 21 août 1907.

Monsieur et cher confrère,

Vous êtes déjà en grande partie au courant de l'affaire que je vous soumets par notre confrère Thirard, d'Evreux.

Nous avons pensé que cette question avait un intérêt général et qu'il était utile de vous la signaler.

A l'heure actuelle, on cherche les moyens susceptibles d'empêcher ou de diminuer l'encombrement de la profession médicale. Le meilleur ne serait-il pas d'interdire l'entrée d'une école de médecine à un candidat qui n'y a aucun droit.

Au cours des différentes séances du Congrès des praticiens, de nombreux vœux ont été votés dans le but de relever non seulement le niveau des connaissances du médecin, mais encore l'instruction classique des jeunes gens qui se destinent à la médecine. De plus, des rapports très documentés sur les études préparatoires concluent à la nécessité de baccalauréats ou de certificats attestant des études littéraires et scientifiques étendues.

Au sujet de l'inscription dans les écoles de médecine, enfin, le vœu Monprofit et Declercq, que nous ne saurions trop approuver, a été adopté.

Tout cela montre la volonté bien nette des praticiens de réformer l'enseignement.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de mettre sous vos yeux les documents ci-joints en vous priant de bien vouloir les communiquer aux membres du conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France.

Nous espérons avoir obtenu gain de cause jusqu'à présent, mais peut-être plus tard aurons-nous besoin de vos conseils et de votre appui.

En conséquence dès maintenant, nous tenons à vous indiquer cette question de défense professionnelle.

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués.

Pour les membres du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Bernay et pour les membres de la fédération des syndicats médicaux de l'Eure.

Le secrétaire du syndicat de l'arrondissement de Bernay,

Dr Roger MESNIE,
Bernay (Eure).

II

Affaire X......

Les membres du Syndicat de l'arrondissement de Bernay ayant appris que M. X... était inscrit depuis le mois de novembre 1906 comme étudiant à l'école de médecine de Caen, ce qui ne l'empêche pas de diriger en même temps une école publique à Y... ont cru devoir protester, dans la séance du 16 mars 1907 (voir ci-joint) auprès de M. le directeur de l'Ecole de médecine de Caen dans un intérêt de défense professionnelle au sujet de la situation scolaire de cet étu-

diant qui était inacceptable pour le corps médical tout entier à cause de son illégalité.

Au reçu de cette protestation M. le directeur de l'école de Caen fit savoir à M. X.... qu'il ne pourrait plus dorénavant admettre ses absences aux cours obligatoires que s'il avait obtenu une permission spéciale du ministre le dispensant d'y assister régulièrement.

Cette autorisation fut demandée par l'intéressé, mais elle lui fut refusée.

Et le 28 juin le Syndicat était informé par une lettre de M. le directeur de l'Ecole de médecine de Caen (voir copie) que, d'après l'avis du comité consultatif de l'enseignement public, M. le ministre n'avait pas accordé à M. X.... les nouvelles facilités qu'il sollicitait pour la continuation de ses études.

A l'heure actuelle, M. X... ne peut plus suivre les cours, les travaux pratiques et les stages hospitaliers d'une façon irrégulière comme il le faisait antérieurement. Il est donc mis en demeure soit de cesser ses études de médecine, soit de les faire conformément au règlement, après avoir obtenu un congé lui permettant d'interrompre ses fonctions d'instituteur.

Le syndicat estime que, par conséquent, satisfaction lui est donnée sur le point qu'il avait signalé mais réserve cependant encore la question de savoir si M. X .. a pu d'une façon valable prendre sa première inscription pour l'obtention de laquelle les baccalauréats sont indispensables L'étudiant s'est présenté à l'examen du P. C. N. après l'avoir préparé en 1906 pendant les trois mois de vacances seulement, Il a été inscrit à l'école de Caen n'ayant pas les diplômes nécessaires. Des équivalences lui ont été sans doute accordées. Mais le syndicat considère que ses titres n'étaient pas suffisants et proteste au nom des intérêts professionnels.

Cette affaire a été soumise à la Fédération des syndicats médicaux de l'Eure qui, dans son assemblée générale du 21 juillet a voté l'envoi du compte rendu à l'Union des syndicats médicaux de France, pour lui indiquer un fait ayant une importance considérable au point de vue professionnel et pouvant avoir de graves conséquences.

Nota. — Ci joint également copie d'une carte postale reçue de M. Pruneau, vétérinaire-militaire, dont la scolarité était également irrégulière.

Expédié par M. Pruneau
dem. à Cherbourg,
Rue Bonhomme, n° 49.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CARTE-POSTALE

M. le Président du Syndicat des médecins

DE BERNAY,

(Eure).

En faisant supprimer les inscriptions de l'instituteur de Bernay près l'école de médecine de Caen, vous m'avez fait frapper également en pleine année d'études. Laissez-moi vous *plaindre* si, pour défendre vos intérêts professionnels et protéger votre course à la pièce de cent sous, vous vous en êtes réduits à de pareils expédients.

Recevez, je vous prie, mes condoléances.

Signé : PRUNEAU,
vétérinaire,
49, rue Bonhomme, à Cherbourg.

III

Extrait du compte-rendu de la séance du 16 mars 1907.

Les membres du syndicat ont appris que M. X... était inscrit depuis le début de l'année scolaire 1906-1907 comme étudiant en médecine à l'Ecole de Caen. Il n'en continue pas moins à diriger en même temps une école publique à Y.... Le fait leur paraît anormal.

Ils votent l'envoi de la protestation suivante à M. le directeur des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Caen.

« Les membres du syndicat de l'arrondissement de Bernay,

Attendu que :

1° Les travaux pratiques et les stages hospitaliers sont obligatoires ;

2° Qu'il est impossible à un étudiant de les suivre à Caen et de diriger en même temps une école à Y...

3° Qu'un étudiant ne peut continuer le cours de ses études s'il n'a pas eu le nombre voulu de jours de présence et s'il n'a pas satisfait aux interrogations faites aux mêmes travaux et stages ;

4° Qu'un enseignement dans ces conditions est nul ;

5° Qu'une telle faveur constitue une injustice et une violation des règlements ;

S'étonnent qu'il soit permis à M.X....de prendre régulièrement ses inscriptions et de se présenter aux examens ;

Protestent contre l'anomalie de cette mesure qui facilite au plus haut point l'encombrement de la profession et jette sur elle le discrédit ;

Et ont l'honneur de prier Monsieur le directeur des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de bien vouloir régulariser la situation de cet étudiant de première année.

Ecole de médecine et de pharmacie de Caen.

Université de Caen.

Caen, le 27 juin 1907.

Monsieur le secrétaire,

J'ai l'honneur de vous informer que la situation scolaire de M. X.... a été définitivement réglée par une décision de monsieur le ministre en date du 22 juin et dont je vous donne ci-après copie :

« Le recteur de l'Académie de Caen à monsieur le
« directeur de l'Ecole de médecine,
« J'ai l'honneur de vous informer que, par décision
« du 22 courant conformément à l'avis du comité
« consultatif de l'enseignement public, M. le ministre
« n'a pas cru devoir accorder à M. X..., étudiant en
« médecine, directeur d'école publique à Y... les nou-
« velles facilités qu'il sollicite pour la continuation de
« ses études médicales ».

Veuillez agréer, monsieur le secrétaire et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le directeur,
Signé : ....

BIBLIOGRAPHIE

Une revue bien faite des intérêts médicaux.

Nous souhaitons voir bientôt sur la table de tous nos confrères l'excellent travail qu'est la thèse de notre ami le Dr Chopinet, sur la *situation matérielle du médecin et les lois nouvelles.*

Notre confrère a fait une œuvre réellement utile et qui vient à son heure. La lecture de son étude nous donne comme un écho du Congrès des Praticiens, le *Concours* y reconnaît son influence ; nos idées les plus chères s'y retrouvent exposées avec la plus grande lucidité, un ordre parfait, une simplicité d'expressions qui permettra à tous ceux de nos amis, — et ils sont nombreux — que rebutent les termes de la langue juridique, de se mettre au courant d'une foule de questions fort ardues à saisir sur les documents originaux.

« Notre étude doit indiquer quelle est, au milieu de toute cette réglementation, la situation matérielle du médecin de nos jours. Pour cela, nous nous appesantirons dans la mesure du possible sur les obligations qu'imposent aux médecins leur différentes fonctions officielles, et sur les rémunérations qu'ils en tirent.

« Synthétiser, ces diverses questions en les groupant, les étudiant au point de vue professionnel, établir en un mot le cadre de la médecine professionnelle en précisant certains points, tel a été notre but »... et ce but est, en effet, amplement atteint.

Suivons notre confrère, dans l'exposé de notre situation professionnelle.

Le chapitre premier, consacré à l'étude des conditions d'exercice de notre profession, débute par la critique de l'enseignement, tel qu'il est donné actuellement, et nous ne pouvons que nous associer entièrement à cette conception du médecin que notre *Concours* d'ailleurs avait déjà si fermement défendue.

« Il est avant tout homme d'action. Il faut donc lui permettre de faire son éducation professionnelle. Qu'il étudie, qu'il réfléchisse, non sur des abstractions, sur des livres, mais sur des faits, qu'il recherche les documents humains, qu'il voie de nombreux malades. » Nous n'insisterons pas sur le fameux et défunt C. E. M. S., aux manifestations protéiformes mais éphémères. La plus grande partie de ce chapitre est d'une importance capitale ; entrant dans le vif du sujet, le Dr Chopinet, nous résume, en quelques pages — *multa paucis* — la loi sur l'exercice de la médecine, les règlements qui régissent les médecins et étudiants étrangers, et que l'on devrait bien rappeler de temps en temps à l'administration, ainsi que les conditions de l'exercice de la médecine aux frontières. La question de l'exercice illégal y est traitée de façon concise et très suffisamment complète.

Un paragraphe important de ce chapitre et que nous ne devons pas omettre est celui qui a trait à l'exercice de la pharmacie par les médecins. Cette question est d'un gros intérêt pour la majorité des lecteurs du *Concours*, c'est d'ailleurs une de celles qui ont été le plus souvent discutées dans le journal, et sur laquelle il reste beaucoup à dire ; ce serait tarir le recrutement des médecins dans les régions où ils font le plus défaut que de restreindre aux seuls pharmaciens le monopole de la délivrance des médicaments ; nous recommandons particulièrement à nos lecteurs l'étude que fait le Dr Chopinet du droit à la délivrance des médicaments sans ordonnances par les pharmaciens et du projet de loi Astier-Cruppi, du moins la critique de ceux des articles dont l'adoption causerait le plus grand préjudice aux médecins, en favorisant, pour ne pas dire en protégeant, l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens ; la liste des substances toxiques à délivrer sans ordonnance s'accroît tous les jours, ce qui n'est évidemment pas fait pour protéger la santé publique.

Ce chapitre se termine par un exposé rapide, mais de documentation solide, des questions de jurisprudence professionnelle, questions d'honoraires, de transmissions de clientèles, de responsabilité médicale, de secret médical, etc.

L'attitude de la magistrature à l'égard du Corps médical y est analysée et justement critiquée, tous les médecins se souviennent des paroles...., regrettables — pour être indulgent — échappées à certains présidents ; nombreux pourtant sont les exemples qui prouvent que la conscience du Corps médical vaut celle de la magistrature et que sa dignité professionnelle est au-dessus de tels procédés.

L'exposé des principales questions fiscales intéressant notre profession termine le chapitre. Quelques renseignements précieux sont donnés au sujet de la patente et des impôts accessoires. Une rapide esquisse de la question de l'impôt sur le revenu termine cet exposé. Nous avouons ne pas partager entièrement les conclusions formulées par notre Confrère, à la suite du Dr Rénon, et nous renvoyons nos lecteurs aux pages écrites, il y a peu de semaines, sur ce sujet, par notre Directeur.

Le deuxième chapitre de l'ouvrage est consacré à l'étude des rapports du médecin avec les grands services publics. Le mécanisme de chacun de ces services y est exposé en quelques pages sobres, mais limpides et précises, qui nous rendent compte du fonctionnement de l'assistance médicale gratuite avec ses abus et ses imperfections notoires, la protection des enfants du premier âge (loi Roussel), de l'inspection des enfants du premier âge, du service des enfants assistés ; le médecin est le plus ferme soutien de toutes ces œuvres de solidarité, qui gagneraient encore en efficacité réelle et en beauté sociale, si la société ne comptait pas trop sur le désintéressement philantropique d'une minorité pour en assurer, avec une rémunération dérisoire, les charges, les fatigues et trop souvent les déboires.

Le régime actuel des aliénés, objet de justes critiques, et le projet de loi actuellement en discussion, trouvent naturellement place en ce chapitre, et sont consciencieusement exposés.

L'hygiène publique, l'administration sanitaire et toute l'organisation qui touche à la santé publique font l'objet du troisième chapitre.

L'ensemble documentaire qui s'y trouve réuni est de nature à rendre les plus grands services. C'est un véritable guide du praticien, où sont réunis tous les renseignements désirables, et si difficiles à trouver condensés, relatifs à toutes les questions administratives.

Les lois d'assurance et de prévoyance sociales, les lois successives de 1898 à 1905 sur les accidents du travail, le développement des sociétés de secours mutuels et ses conséquences, les fonctions diverses qui incombent au Corps médical sont l'objet des quatrième et cinquième chapitres de l'ouvrage.

Nous y trouvons étudiés les différents aspects de la lutte que nous avons à soutenir contre les groupements organisés qui tendent à incorporer le service médical dans leur organisation administrative et à faire du médecin (qui ne peut

donner de garanties réelles à son client, le malade ou le blessé, que s'il est libre, que s'il agit dans la plénitude de son indépendance)un fonctionnaire discipliné et obéissant. Qu'il s'agisse d'assurances, de sociétés de secours mutuels, de groupements quelconques, soyons bien persuadés qu'accepter l'intrusion d'un tiers, surtout d'un tiers-collectivité, est faillir à notre devoir social. Il y a là un double péril: péril moral, par la suppression des garanties que nous devons à notre client, (nous le répétons à dessein), que devient en l'occurrence le secret professionnel? comment concilier les intérêts financiers d'un groupement, qui doit avant tout avoir le souci de ses finances, avec le devoir professionnel ? et péril matériel parce que le fonctionnarisme médical ne pourrait aboutir qu'à l'avilissement de notre situation en même temps qu'à celui des caractères. Redevenons médecins de famille, comme nos pères, qui avaient la confiance de leurs clientèles, et dont les malades devenaient les amis, et comment y arriver? Oublions nos préjugés, fréquentons-nous, unissons-nous, faisons partie de tous ces groupements médicaux qui travaillent à l'envi pour le bien-être de chacun de nous. Et lorsqu'un praticien aura lu les dernières pages d'une thèse écrite pour son plus grand profit, il n'aura plus l'ombre d'une excuse pour rester un individu isolé, il connaîtra toutes les œuvres de solidarité professionnelle, d'assurance-maladie, de retraite pour les vieux jours, et, modifiant pour les besoins de la cause, le mot si vrai et si généreux du poète latin, sera pleinement convaincu du *Medicus sum, et nihil medici a me alienum puto*.

Travaillant dans l'intérêt de tous, le médecin produira pour lui et les siens. L'effort d'amélioration sociale ne lui pèsera plus si lourdement, ses groupements le défendant contre les empiètements des collectivités d'Etat ou des autres, et pour emprunter une conclusion de l'auteur de cette belle thèse, s'étant «prodigué sans compter, il est juste qu'aujourd'hui, il ne soit pas le seul oublié dans l'œuvre de réorganisation sociale. »

Dr R. DAVERNE.

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et hôpitaux.

— M. Castex, chargé de cours, MM. Collinet, Rabé et Blanluet, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 10 septembre 1907, à l'amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique, une série de 18 leçons avec présentation de malades. Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche) à 3 h. Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique. Les droits à verser sont de 50 francs. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h. Un certificat d'étude est délivré aux élèves.

— Un cours de vacances, commençant le 16 septembre, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction du Prof. Dieulafoy, le matin de 10 h. à midi et l'après-midi de 2 h. à 4 h. Ce cours durera jusqu'au 28 septembre 1907.

Les droits à verser sont de 80 francs.

Association d'enseignement dans les hôpitaux de Paris

M. BROCA a fait pendant le mois d'août, à l'hôpital des Enfants Malades, un cours de *Chirurgie ostéo-articulaire*.

Les lundis et vendredis, leçon clinique de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2 de l'après-midi : opérations et appareillages de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2.

Les mardis et samedis, de 10 h. à midi, à la *consultation*, examen des malades par les élèves, sous la direction du chef de service.

Maximum : 20 élèves. Prix : 50 francs.

M. LESNÉ a commencé le samedi 10 août, à 10 h. 1/2, des *Leçons de clinique et de thérapeutique infantiles* à l'hôpital Bretonneau et les continuera les samedis suivants à la même heure, pendant les mois d'août et de septembre.

M. DUFOUR fera, du lundi 2 septembre au jeudi 14 septembre, une série de *Conférences et de travaux pratiques de clinique et de thérapeutique infantiles* avec exercice individuel des élèves, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Hérold.

Le nombre des élèves est limité à 10.

Se faire inscrire dans le service de M. DUFOUR, à l'hôpital Saint-Louis, avant le 20 août.

M. SERGENT fera, tous les matins, à 9 h. 1/2, au lit du malade, des *Démonstrations et exercices de médecine pratique*, à l'hôpital Necker, du 8 août au 10 septembre et du 1er octobre au 15 octobre.

M. GASNE commencera le mardi 3 septembre, à 11 heures, des *Conférences sur la séméiologie du système nerveux, (intelligence, sensibilité, réflexes, mouvements, langage, circulation et trophisme)* et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure, à l'hôpital Beaujon.

M. ROBINEAU fera, du 15 août au 15 septembre, les mercredis et vendredis à 10 heures, des démonstrations de *Gynécologie avec examen clinique et opérations.*

Se faire inscrire dans le service à l'hôpital Beaujon.

M. DE MASSARY. A partir du 15 août, les mardis et jeudis, de 10 heures à 11 heures, salles Cruveilhier et Corvisart, *Examen et traitement des cardiaques*, à l'hôpital de la Charité.

M. E. RIST fera tous les samedis, de 10 heures à midi, pendant les mois d'août et de septembre, salle Magendie, des *Conférences pratiques sur les affections des organes thoraciques avec démonstrations radioscopiques*, à l'hôpital Saint-Antoine.

M. LABEY commencera, le mercredi 7 août, une série de *Démonstrations cliniques et d'opérations de chirurgie et de gynécologie*, qu'il continuera les mercredis suivants à la même heure, hôpital Saint-Antoine.

M. ROUBINOWITCH fera, tous les jeudis à 10 heures, des *Conférences de psychiatrie clinique* pendant les mois d'août et de septembre, à l'hospice de la Salpêtrière.

Se faire inscrire d'avance à l'hospice de la Salpêtrière.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médical

Vingt-neuvième année . N° 37 Dimanche 16 SEPTEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

POUR LES CONGRESSISTES IMPATIENTS

Dans le dernier numéro du *Petit praticien de Lille*, le confrère A. Coppens (le père du Congrès des praticiens, comme nous l'appelions familièrement dans les coulisses, pendant les répétitions et la représentation) proteste vivement contre une note de scepticisme découragée donné, par l'un des plus militants d'entre nous.

Nous sommes de tout cœur avec Coppens pour réagir contre ce danger, car nous savons par une longue expérience, que fermeté et ténacité valent beaucoup plus sur le terrain politico-administratif où luttent syndicats et Congrès, que la fougue dans un seul assaut ou l'ardeur dans un coup de main.

Ce qu'on a dit à M. Huchard de la mentalité de la Commission ministérielle n'est pas une vérité : c'est une opinion personnelle et rien de plus. Et cela, nous tenons à l'affirmer au nom de tous les praticiens qui sont entrés là comme nous avec la résolution bien irrévocable d'y poursuivre, sans nulle défaillance, la tâche que leur assignait le Comité de préparation du Congrès dénommé par ceux-là même l'« *Assemblée nationale des praticiens* ».

C'est pourquoi nous applaudissons au langage ci-contre, du confrère Coppens. H. J.

Le devoir de la presse indépendante.

Dans le numéro du 3 août du *Journal des praticiens*, notre honoré confrère Huchard termine son article, intitulé « *Snobisme et veulerie* », par les phrases suivantes :

... Nous avons, au Ministère de l'Intérieur, une Commission de réformes médicales qui agit dans l'ombre *puisqu'on a fait promettre à tous ses membres* — le saviez-vous ? — *de ne jamais trahir le secret absolu des délibérations.*

A cette Commission, on a introduit les ennemis dans la place, les ennemis des praticiens que vous connaissez, et savez-vous ce que certains hommes officiels, ceux qui s'imaginent que le mot « supérieur » s'attache à leur personne et non à l'enseignement, savez-vous ce qu'ils disent de nous ? Ils tiennent le langage suivant qui m'a été rapporté fidèlement.

« Le mouvement des Praticiens, le Congrès des pra-
« ticiens, qu'est-ce cela ? Une tempête dans un verre
« d'eau. Cela n'a aucune importance. Les médecins se
« lasseront, se calmeront d'eux-mêmes, et ils nous
« laisseront tranquilles. Voyez ! Ils ne disent déjà
« plus rien, et, avant quelques semaines, ils ne pen-
« seront plus à leurs fameuses réformes médicales.
« Du reste ils ne seront pas les plus forts et la Com-
« mission du Ministère de l'Intérieur n'a été instituée
« que pour les berner ».

Hélas ! comme tout cela est vrai. En France on se

laisse facilement « berner » et on oublie vite... Autrefois, Prévost-Paradol disait que les Français ne savent pas faire de réformes, qu'ils sont seulement capables de faire des révolutions. J'ai bien peur qu'ils n'aient même plus la force, dans le domaine médical, de faire une révolution. Tout à l'heure snobisme, maintenant veulerie. »

Ces phrases témoignent d'un scepticisme découragé — et dangereux — que j'avoue ne pas comprendre.

Oui, il est scandaleux qu'un ministre de l'instruction publique, après avoir reçu le pouvoir sous les espèces socialistes, use de la puissance, qu'il tient de la démocratie pour abuser le praticien et chercher à créer, au détriment du pays, une aristocratie officielle de médecins privilégiés.

Oui, il est lamentable que des personnalités médicales en renom, que le public s'imagine confinées dans les régions sereines de la science pure, ne travaillent qu'à asseoir leur domination, sans souci d'abaisser la médecine française elle-même.

Mais, un ministre qui renie son passé, des « hommes de science » qui se dévoilent ambitieux vulgaires, sont-ce là phénomènes si nouveaux ? En quoi impliquent-ils la veulerie générale du praticien ?

Pour ma part, je proteste avec énergie.

Ce n'est pas à l'heure où le corps médical, après quelques mois à peine de préparation sommaire, a su donner le magnifique spectacle de toute une corporation se levant pour la défense de ses droits méconnus, qu'une telle appréciation se justifie.

Non, le praticien dans son ensemble n'est pas veule ; il constitue, au contraire, en dépit des criailleries qu'il soulève et des jalousies qu'il suscite, un des éléments les plus sainement intelligents, les plus robustement moraux de la nation. Et si une telle force sociale a pu jusqu'ici demeurer ignorée, c'est que, hier encore, elle s'ignorait elle-même.

Individualiste aussi longtemps qu'il n'eut affaire qu'à des individualités, le médecin voyait, en général, dans le praticien voisin, non un *confrère* avec lequel il serait bon d'entretenir des rapports cordiaux, mais un *adversaire*, dont il convenait de se méfier à tout prix. C'est à mesure seulement que se dressèrent devant lui les collectivités menaçantes, qu'il sentit le besoin de sortir d'un isolement dangereux et malsain.

Ainsi s'ébauchèrent les premiers groupements professionnels de défense en attendant les premiers syndicats médicaux.

Que de chemin parcouru depuis lors.

« Feu de paille » cette lente et méthodique organisation, qui se poursuit depuis tant d'années ?

« Tempête dans un verre d'eau », ce soulèvement médical qui a décapité du premier coup le fameux « certificat d'études médicales supérieures », d'où a surgi le *Congrès* d'avril 1907, et qui a laissé cette sentinelle avancée : *le Comité permanent de vigilance* ?

Allons donc !

Comment un homme aussi clairvoyant, aussi sincèrement dévoué au praticien que le Dr Huchard, a-t-il pu s'y tromper ?

La vérité, c'est qu'une force sociale nouvelle entre en lice et qu'il appartient à la presse indépendante, non de la nier, mais d'aider à son développement.

Au lieu d'accorder, de ci, de là, un article isolé, sans portée utile par conséquent, à la cause professionnelle, qu'elle s'entende pour *mener une campagne* raisonnée, suivie, d'ensemble, *en faveur de la cohésion médicale, de l'union fédérative des syndicats, de l'organisation des praticiens en vue de l'organisation électorale*, et c'en sera fait bientôt de tous ces potentats d'occasion : « Hygiénistes », « Philanthropes » et autres « Savants » de carrière, dont la puissance implique l'abaissement du praticien.

Reculer devant cette tâche serait, pour les confrères qui ont l'honneur de tenir une plume indépendante, faillir à la fois à un devoir de solidarité professionnelle et de salubrité sociale.

Là serait la veulerie.

Dr A. Coppens.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DU SOU MÉDICAL

du 12 septembre 1907

Tenue au siège social, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Election d'un représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité. Scrutin du 13 octobre 1907.

Conformément aux statuts, la convocation d'urgence des membres du « Sou Médical », a été faite dans le n° 36 du *Concours Médical*, le 8 septembre 1907, dans le but de nommer dix délégués comme électeurs au scrutin du 13 octobre prochain.

Ont été nommés électeurs pour représenter la Société du « Sou Médical » :

MM. les Drs :
Cézilly (Henri), 23, rue de Dunkerque, Paris.
Duchesne, 1, rue Rossini, Paris.
De Fornel de Burignac, 241, faubourg Saint-Martin, Paris.
Gouffier, 24, rue de Chartres, Neuilly (Seine).
Huguenin, 197, faubourg Saint-Denis, Paris.
Jeanne, 140, rue La Fayette, Paris.
Lacroix (Pierre), 41, rue de Berlin, Paris.
Le Menant des Chesnais, 32, rue Jouffroy, Paris.
Pamart, 47, rue des Mathurins, Paris.
Potdevin, 41, rue Dulong, Paris.

Le Secrétaire des séances,
Dr Daverne.

Le Président,
Dr Maurat.

LA SEMAINE MEDICALE

L'amyleusulfase dans la tuberculose et dans la lèpre.

M. le Dr E. Progey a communiqué à la société du 8e arrondissement de Paris, une série de faits très intéressants et assez démonstratifs sur l'action bienfaisante de l'amyleusulfase dans la tuberculose pulmonaire et dans la lèpre.

« Il s'agit d'une solution de leucites saturée d'anhydrite sulfureux pur. Ces éléments cellulaires figurés proviennent des cellules végétales de la pomme de terre et appartiennent à la variété cellulaire des amyloleucites. Ils sont en suspension dans un liquide complètement oléagineux et ces deux vecteurs, c'est-à-dire les leucites et le véhicule sont chargés d'anhydride sulfureux dans les proportions variables avec le coefficient d'absorption de chacun d'eux et la température ambiante. A la température de 15 degrés le coefficient d'absorption est de 50 fois son volume pour le véhicule et il atteint 60 fois son volume pour les amyloleucites.

« Nous inspirant des idées du professeur A. Gautier, nous avons pensé que la plupart des phénomènes de réduction se passent dans le protoplasma des cellules, aussi bien animales que végétales et que pouvant primer les phénomènes d'oxydation, ils étaient capables de servir à l'évolution, à l'accroissement des bactéries.

« En conséquence, nous introduisîmes dans la circulation les amyloleucites sachant que les cellules végétales ont une action puissante de réduction et que tout corps cellulaire dont la constitution moléculaire se rapproche de celle des matières protéiques, introduit dans un corps vivant, a la propriété de donner de la résistance à cet organisme en formant des anticorps qui sont doués d'une certaine puissance de réduction et capables de lutter contre l'action des microbes.

« En parvenant à fixer dans le protoplasma cellulaire végétal le principe réducteur par excellence, l'anhydride sulfureux, nous augmentions la continuité de la puissance de réduction et nous devions obtenir un effet désoxydant plus actif vérifié par la thérapeutique clinique.

« L'anhydride sulfureux SO^2, sous forme gazeuse, ne doit pas être confondu avec l'acide sulfureux $SO^3 H^2$. C'est un puissant antiseptique, c'est un actif microbicide.

« Introduit dans l'organisme, il détermine rapidement des phénomènes de réduction et son action sur tous les éléments cellulaires est purement désoxydante. C'est un neutralisant des toxines microbiennes.

« Désirant utiliser ses propriétés stérilisantes, désoxydantes, réductrices, nous avons traité le bacille de la tuberculose exposé pendant plusieurs jours à son action éminemment destructive, qui peut être vérifiée expérimentalement. Mais ce fait n'est signalé que pour mémoire.

« Notre antitoxine est d'une innocuité absolue et son emploi se fait en injections hypodermiques d'un à cinq centimètres cubes, renouvelées quotidiennement ou deux à trois fois par semaine selon l'opportunité. Il ne s'accompagne d'aucune réaction ni locale, ni générale, c'est-à-dire qu'il n'y a consécutivement, ni douleur, ni inflammation, ni œdème, ni fièvre.

« Jusqu'alors, nous avons pratiqué une moyenne de quatre mille injections et nous-même, en avons reçu une trentaine.

« L'action thérapeutique de l'amyleusulfase sur le sang se fait rapidement sentir. Le taux de l'hémoglobine a une tendance nette vers la normale en quelques semaines. Au cours des tuberculoses articulaires, cas dans lesquels Hénocque a signalé l'abaissement le plus considérable de l'hémoglobine, le taux revient à 10 et même à 12 % dans un délai de 2 mois.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde

On a déjà beaucoup fait en vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde ; les désinfections des selles, l'étanchéité des fosses, la stérilisation des eaux potables, la désinfection des locaux où se sont développées des épidémies, l'isolement des malades, etc., et cependant, on voit survenir, de temps en temps, des cas sporadiques de fièvre éberthienne qui deviennent incessamment de nouveaux foyers, et l'on se perd fréquemment en conjectures sur l'origine réelle de ces épidémies locales. M. E. Ricklin a exposé dans la « Rev. internat. de Clin. et de Thérap. » des recherches qui éclairent actuellement la question d'un jour nouveau :

En effet « l'existence d'une infection éberthienne latente n'est pas absolument rare, chez les anciens typhiques ; voire que cette infection latente a été rencontrée exceptionnellement chez des personnes qui, vivant en contact avec des typhiques, n'ont jamais présenté les symptômes de la fièvre typhoïde ;

« Elle peut avoir indifféremment pour siège, les voies biliaires et l'intestin, ou les voies urinaires ;

« Elle est susceptible de persister pendant fort longtemps, pendant des mois et des années ; c'est à dire que des sujets tout à fait bien portants en apparence, peuvent, pendant de pareils laps de temps, excréter des bacilles d'Eberth avec leurs fèces ou avec leurs urines ; excrétion essentiellement occulte ;

« Le rôle éventuel de ces *baccillophores* dans la propagation de la fièvre typhoïde ne doit pas être dédaigné. Il mérite surtout d'être pris en considération, lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces endémies de fièvre typhoïde, constituée par des *cas sporadiques* qui se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés, mais avec une ténacité désespérante, dans un rayon très circonscrit (maison ferme, pavillon d'hôpital ou d'asile, portion de caserne, etc), les endémies entretenues par les bacillophores n'affectant jamais le caractère explosif que revêt la marche de la fièvre typhoide, lorsque la dissémination du bacille d'Eberth s'effectue par l'intermédiaire de l'eau d'une canalisation.

« En vue de l'institution d'une prophylaxie efficace, il serait désirable que les fèces et les urines des personnes qui relèvent d'une atteinte de fièvre typhoïde fussent, passé le quinzième jour qui

suit la défervescence, l'objet d'examens bactériologiques destinés à dépister la persistence éventuelle d'une infection éberthienne latente».

La coqueluche à l'hôpital

D'une série d'observations de coqueluches prises à l'hopital Bretonneau, M le Dr Rouchy, de Riom-ès-Montagnes (Cantal) a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes, que nous approuvons pleinement :

Le pronostic de la coqueluche à l'hôpital reste très sérieux, malgré les améliorations réalisées dans les services. Tout malade admis dans la salle commune, est exposé aux complications les plus graves et nul ne peut affirmer qu'il y échappera certainement.

L'évolution de la coqueluche simple y subit une influence certaine : l'auteur n'a jamais observé de ces « hypercoqueluches » dont parlent Roger et Trousseau, où le nombre des quintes atteint 60, 70 et 80 par jour. Le nombre maximum observé a été de 15 à 17, très rarement une seule fois 19 ; la moyenne a été de 8 à 10. Le repos, l'aération, les soins éclairés ont certainement contribué puissamment à ces heureuses modifications.

La gravité des complications a été moindre également. Si on les voit très fréquemment elles guérissent dans la proportion de 48,8 0/0 environ.

La mortalité est cependant encore beaucoup trop élevée. Avec le régime actuel de la salle commune des coqueluches, il n'en saurait être autrement.

L'isolement des coquelucheux atteints de complication est une mesure impuissante parce que trop tardive. Ce qu'il faut isoler, c'est le coquelucheux qui entre à l'hopital ; celui-ci ne devrait être admis dans la salle commune, qu'après un délai suffisant pour que tout danger d'auto-infection secondaire ou de contagion ait été écarté. La chose existe déjà pour la diphtérie. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la coqueluche ?

La mortalité par coqueluche varie entre 15 et 29 °/o par suite de complications dont, le plus souvent, l'organisation hospitalière est la principale cause.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hotel-Dieu : *M. le Professeur agrégé Mauclaire*

Hémothorax traumatiques et plaies du poumon

Nous avons eu, il y a quelque temps, dans le service, un malade atteint d'une blessure pénétrante de poitrine. Il s'agissait d'un homme de 35 ans qui reçut, au cours d'une rixe, une balle à bout portant dans la région mamelonnaire droite.

On le transporta aussitôt à l'Hôtel-Dieu. Au moment de son admission, nous avons été frappé par l'altération de son facies et par sa pâleur. Nous avons constaté, en outre, une dyspnée légère, une petite toux, des crachements de sang. Le patient accusait un point de côté à droite. Sans le remuer, nous l'avons ausculté et percuté : il y avait un peu de matité sans souffle. L'état du pouls était assez bon.

Le blessé fut mis au repos, avec défense de se déplacer, de s'asseoir sur son lit. De la glace fut appliquée sur le côté, plus dans le but d'obliger le malade à se tenir immobile que dans l'espoir d'arrêter l'hémorrhagie profonde par la réfrigération, ce qui me paraît — soit dit en passant — très problématique.

Le lendemain de l'accident, la température subit une élévation à 39°. C'est là un fait assez habituel dans les hémothorax traumatiques. On a longuement discuté sur l'origine de cette fièvre du lendemain de la blessure. Les uns l'ont attribuée à une légère infection, d'autres à la résorption du sang. La dernière explication semble la plus plausible, car le même accès fébrile s'observe dans les épanchements sanguins d'autres organes, du péritoine par exemple.

Quoiqu'il en soit, chez notre malade, la situation s'améliora, la fièvre tomba, les crachements de sang disparurent. Tout allait assez bien quand, le 25e jour, la température subit une nouvelle ascension, à 38°5, à 39°, pour se maintenir aux environs de 39°.

Vous verrez souvent survenir, dans ces cas d'hémothorax traumatique, après trois semaines d'apyrexie, un retour de la fièvre. Cette « *fièvre de retour* » annonce la suppuration de l'épanchement sanguin, la pleurésie purulente, complication très fréquente en pareille circonstance. Tel fut, ici, le diagnostic auquel je m'arrêtai tout d'abord. Eh bien, il ne s'agissait pas d'un épanchement sanguin purulent. Les ponctions, faites au nombre de 4 ou 5, demeurèrent négatives. Nous avions affaire, en réalité, à un petit foyer tardif de pneumonie traumatique chez un sujet ayant des lésions pulmonaires tuberculeuses. A ce premier foyer en a succédé un second. Finalement, après deux mois de séjour à l'hôpital, le malade sortit guéri. La radiographie avait décelé la présence de la balle en arrière, près de la pointe de l'omoplate.

Voici maintenant une deuxième observation, assez typique. Je l'ai rapportée à la séance du 26 juin dernier de la Société de chirurgie. En février 1902, un sergent de ville âgé de 30 ans reçoit, dans la poitrine, par accident, une balle de révolver de gros calibre, suivant une direction oblique de haut en bas et de droite à gauche. Il est transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, où je remplaçais pour la première fois le Professeur Duplay.

A l'examen du blessé, je constate une large plaie ouverte, béante, où l'on pouvait mettre deux doigts, plaie pénétrante siégeant dans le 4e espace intercostal droit. Par cet orifice, à chaque expiration, l'air sort bruyamment avec du sang rouge-noirâtre. J'examinai le thorax, sans faire asseoir le patient, sans le déplacer, condition essentielle en pareil cas, comme je vous l'ai dit. Il y avait un pneumothorax dans le tiers supérieur

de la poitrine et un hémothorax dans les deux tiers inférieurs. Le sujet était en état de choc, très pâle, avec un pouls petit, filant, de la tendance au refroidissement. Il accusait un point de côté et un point douloureux péri-ombilical.

Le suintement sanguin persistait et ce cas rentrait dans la catégorie des cas graves. Je fus très embarrassé quant au traitement à instituer. Eu égard à l'état de choc traumatique évident du blessé, je crus pouvoir attendre au moins quelques heures. La plaie fut désinfectée, un pansement thoracique un peu compressif fut appliqué et le blessé fut maintenu au repos absolu. A cela, on joignit une piqûre de morphine pour calmer la dyspnée, et des injections de caféine, d'éther, d'ergotine et de sérum artificiel. Je fis, d'ailleurs, exercer une surveillance constante du malade et, tout étant préparé pour une intervention immédiate si l'urgence se présentait, je demandai qu'on me prévînt si l'hémorrhagie continuait.

Je revins vers 3 heures de l'après-midi. L'hémorrhagie par la plaie thoracique était arrêtée. La dyspnée était plus marquée, le facies était légèrement cyanosé. Je fis alors une opération qui est un pis-aller mais que j'avais vue réussir déjà plusieurs fois à calmer la dyspnée dans ces hémothorax, au 3e ou 4e jour après l'accident. Je ponctionnai l'hémothorax et pratiquai l'évacuation de 500 à 600 gr. de sang pleural. J'estime avoir laissé volontairement dans la plèvre la même quantité de sang, environ un demi-litre.

Ce traitement soulagea le blessé, calma sa dyspnée. Une telle évacuation peut avoir des inconvénients. Elle peut déplacer le caillot hémostatique ; d'autre part elle supprime la compression exercée par le sang sur la plaie du poumon : d'où retour possible de l'hémorrhagie. Ce n'est donc qu'un « pis-aller ». Aussi je restai une demi-heure près du malade pour voir si l'hémothorax ne se reproduisait pas, auquel cas je serais intervenu, comme je vous l'indiquerai tout à l'heure.

Au repos horizontal, nous avons associé quelques médicaments, l'ergotine entre autres.

Le lendemain, l'état était très amélioré. La température s'éleva à 38°5 : le malade eut l'accès de fièvre du lendemain de l'hémothorax, dont je vous parlais il y a un instant. Je me disais : « ce malade aura de la chance s'il ne fait pas de pleurésie purulente ». Or, il n'en fit pas. Il eut, le 30e jour, une petite pleurésie séreuse et il guérit parfaitement.

Voilà, en résumé, un *hémothorax grave* qui a guéri par le repos et l'évacuation immédiate de 500 gr. de sang. La balle, après avoir traversé le diaphragme était allée se loger devant la 2e vertèbre lombaire.

Je vous citerai encore, rapidement, une troisième observation du service. Elle concerne un individu qui reçut également une balle de révolver dans la poitrine et présenta consécutivement les symptômes de l'hémothorax traumatique. La radiographie ayant montré la balle près de la paroi, à deux ou trois centimètres seulement de profondeur, il était tentant d'aller la chercher. Toutefois, n'attachant pas à l'extraction de la balle l'importance que le public en général et les journalistes en particulier y attachent, nous avons laissé le blessé avec sa balle. Avec le repos, il a guéri.

Enfin, nous avons eu dans le service des contusions graves du thorax avec hémothorax consécutif, mais celui-ci n'a jamais été assez abondant pour justifier une intervention.

Ces différentes observations vous permettront de mieux comprendre la classification généralement admise des hémothorax avec plaie du poumon (plaie ou rupture) en trois variétés : *formes légères, formes moyennes* et *formes graves.*

Les *cas dits légers* comprennent les petits épanchements sanguins allant jusqu'à un demi-litre, sans hémorrhagie par la bouche ni par la plaie. Ces malades quittent quelquefois l'hôpital au bout de 8, 10 jours.

Les *cas moyens* comprennent les hémothorax plus abondants, les épanchements qui remontent jusqu'à l'angle de l'omoplate. Je parle de l'épanchement constaté immédiatement après le traumatisme. Au bout de 4 ou 5 jours il peut s'y être joint un épanchement séreux qui augmente la hauteur de la matité. Cela représente 700 à 800 grammes de sang. Il y a des hémoptysies.

Les *cas graves* comportent deux sous-variétés. Dans la première sous-variété, l'*épanchement sanguin immédiat est abondant* et dépasse la pointe de l'omoplate, la plaie est ouverte et laisse s'échapper du sang ; on constate de l'asphyxie, de l'hypothermie. Dans la deuxième sous-variété, les malades, sans épanchement pleural immédiat très abondant, font des *hémoptysies répétées consécutives.* Le premier jour, ils crachent 5,6 cuillerées de sang, le second jour autant ; puis, le quatrième jour, par exemple, ils font une hémoptysie foudroyante. Ces hémoptysies à répétition et consécutives ne s'arrêtent pas malgré le repos.

En pratique, vous verrez surtout les cas légers, moins souvent les cas moyens, moins souvent encore les cas graves.

Vous ferez facilement le *diagnostic.* Ayez bien soin, dans votre examen, de ne pas remuer le blessé. Ne le faites pas asseoir sur son lit ; c'est dangereux. La pâleur, l'état du pouls suffiront d'ailleurs à vous faire reconnaître l'hémorrhagie interne. Demandez s'il y a eu des crachements de sang. Puis, le patient étant couché sur le côté, vous percuterez le thorax pour apprécier le niveau de l'épanchement. Vous établirez facilement aussi à quelle forme, légère, moyenne ou grave, vous avez affaire. Vous distinguerez, tout au moins, sans difficulté, les cas légers des cas graves.

Le *pronostic* varie selon qu'il s'agit d'une forme légère, moyenne ou grave.

Dans les formes légères, ne soyez pas trop optimiste. Faites des réserves, en raison des complications qui peuvent survenir. Dites qu'il faut attendre, pour être fixé, 3 à 4 semaines, la suppuration de l'hémothorax n'apparaissant qu'à cette époque.

Vous appuierez en partie le pronostic sur la notion de direction de la balle. Vous distinguerez les *plaies tangentielles* et les *plaies hilaires* du poumon. Dans les premières, le poumon est blessé plus ou moins tangentiellement à sa surface externe ; dans les secondes il est blessé suivant sa face interne. Les *plaies tangentielles* n'ont naturellement pas la même gravité que les plaies hilaires, qui peuvent intéresser les vaisseaux du hile. C'est dans ces dernières que l'on voit se produire les hémoptysies foudroyantes du 4e, du 5e jour, quand l'escarre tombe.

Vous baserez, en définitive, le pronostic sur la

direction de la blessure, l'ensemble des symptômes et les complications.

Ces *complications* sont nombreuses. Je ne fais que les énumérer. Ce sont :

a) Le *pneumothorax*. Certains malades sont incapables de supporter un pneumothorax. J'ai vu une jeune fille qui fut atteinte, à la suite d'un coup de couteau dans la poitrine, d'un pneumothorax. Elle succomba en quelques heures à l'asphyxie. Tous les sujets ne sont pas égaux devant le pneumothorax. Si le poumon opposé fonctionne mal, le danger devient menaçant.

b) La *syncope*, *l'hémorrhagie secondaire précoce ou tardive*.

c) Les *pleurésies séreuses*.

d) La *phlébite* ; *l'embolie*.

e) La *pleurésie purulente* ; c'est la complication principale. Elle survient vers la 3e semaine.

Le *traitement* des plaies pénétrantes de poitrine avec hémothorax s'inspirera de la gravité du cas.

Dans les cas légers et moyens, le repos absolu, l'immobilisation sont les éléments principaux du traitement.

Le repos doit être institué immédiatement. Le blessé sera transporté dans la maison la plus proche. Dans un duel, par exemple, vous aurez la précaution d'être à proximité d'un local où un lit sera prêt pour y coucher de suite votre client en cas de besoin. Vous ne l'autoriserez à quitter ce premier asile que le 5e ou 6e jour au plus tôt. Les médecins militaires ont beaucoup insisté sur la nécessité du repos immédiat et du transport du blessé le moins loin possible. Ils conseillent cette conduite même pour les plaies du crâne. En fait, le déplacement du malade risque de mobiliser le caillot et de provoquer le retour de l'hémorrhagie. On a vu quelquefois la perte de sang atteindre ainsi plus de deux litres. Par conséquent, immobilisation du sujet avec de la glace sur le côté du thorax intéressé, des injections modérées de sérum, de l'ergotine, du chlorure de calcium (peu actif). Il ne faut pas faire d'abondantes injections sous-cutanées de sérum salin, car cela gênerait l'hémostase spontanée.

Dans les cas graves, le même traitement est indiqué, mais ici se pose la question de l'intervention opératoire. Jusque il y a une vingtaine d'années, les chirurgiens étaient bien peu d'accord. Les uns recommandaient l'oblitération pure et simple de la plaie (Valentin, Larrey, Dupuytren). Les autres conseillaient le débridement de la plaie, et l'évacuation partielle de l'épanchement (Guy de Chauliac, A. Paré). Celui-ci mettait même les blessés la tête en bas, il les faisait tousser et avec les doigts il retirait les caillots.

Grâce aux progrès de la chirurgie, du fait de l'antisepsie, Omboni (de Crémone) eut l'audace pour une plaie grave du poumon de faire, en 1882, la résection de trois côtes et la suture du poumon. Malheureusement, l'asepsie à cette époque n'était pas encore parfaite. La malade mourut.

Dans une circonstance semblable, en 1892, M. Delorme sutura le poumon chez un blessé dont la plaie pulmonaire saignait abondamment, au point de traverser le matelas. Le patient opéré in extremis succomba.

L'exemple fut suivi et il y eut, dans la suite, d'autres interventions analogues, celles de Annequin, de Sanctis (suture pulmonaire) celle de M. Michaux qui fit un volet thoracique et tamponna le poumon, de Reynier, de Quénu, etc. Vous trouverez des statistiques intéressantes dans les thèses de Chastenet de Gery (Paris 1904), de Martel (Paris 1907). Celui-ci a pu réunir dans sa thèse récente, 42 cas d'interventions opératoires par résection costale pour gros hémothorax avec plaie du poumon, tous cas graves, avec 28 guérisons et 14 morts. Ces résultats sont certes encourageants.

Les interventions opératoires se résument, en somme, à ceci ; d'une part, l'évacuation par la ponction qui n'est, je le répète qu'un pis-aller; je ne l'ai pratiquée chez mon malade de 1902 qu'avec l'intention de faire autre chose ; d'autre part, le volet thoracique de M. Delorme, qui permet d'arriver sur la plaie du poumon. Cette importante opération nécessite un bon éclairage, une bonne lampe électrique, pour bien voir la partie du poumon qui saigne. C'est souvent une question d'une seconde pour appliquer convenablement la pince à l'endroit voulu et lier ou la laisser à demeure. Si on ne trouve pas le point d'où part le sang, on peut pincer plus en masse, ou faire un tamponnement (inférieur à la suture, car le tampon se déplace facilement).

Reste la question des indications de cette grosse opération. C'est là précisément où réside la difficulté. Ces indications ne sont pas encore actuellement précisées avec netteté. On interviendra dans les cas très graves, s'il y a des signes d'hémorrhagie interne persistante, s'il y a hémorrhagie continue par la plaie, s'il y a des hémoptysies répétées comme cela s'observe dans les plaies hilaires (l'opération est alors difficile). On ne saurait, toutefois, entreprendre une telle opération que si l'on est suffisamment bien installé. De plus, il convient de ne pas intervenir de suite, mais une fois le blessé remis de son état de choc, pour ne pas ajouter au choc traumatique le choc opératoire. Souvent, d ailleurs, au bout de 2 ou 3 heures, on voit la dyspnée se calmer et le malade guérir par les moyens ordinaires.

Les signes généraux d hémorrhagie interne très abondante et persistante nécessitent sans aucun doute l intervention immédiate quels que soient les dangers de celle-ci. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point. Mais les signes locaux d'hémorrhagie externe, l'hémoptysie et le siège de la plaie, à eux seuls, ne suffisent pas pour préciser d une façon absolue les indications de l'intervention opératoire. Dans l'état actuel de la technique opératoire pleuro-pulmonaire, il est des cas « frontières » ou « limites » pour lesquels, suivant leur tempérament, les uns seront interventionnistes et les autres temporisateurs.

Ajoutons que dans plusieurs observations d'interventions pour plaie du poumon gauche, le chirurgien est intervenu parce qu'il avait cru à une plaie du cœur.

Personnellement, depuis six ans, j'ai eu à traiter les trois cas graves suivants ;

Hémothorax très grave par plaie de poitrine ; guérison par une ponction évacuatrice primitive et partielle ;

Hémothorax très grave par plaie de poitrine et lésion de la mammaire interne ; mort d'anémie malgré la ligature de l'artère quatre heures après l'accident.

Hémothorax peu abondant et pneumothorax

total par coup de couteau à droite. Mort d'asphyxie.

Sept cas d'hémothorax moyens. Guérison avec ou sans ponction secondaire.

De nombreux cas d'hémothorax légers qui ne sont restés que quelques jours dans le service car ils guérirent rapidement.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Opothérapie ovarienne par l'extrait de corps jaune.

Effets thérapeutiques du corps jaune de l'ovaire, en particulier dans l'hypofonction de la glande ovarienne, la ménopause naturelle, la ménopause post-opératoire.

Nous avons plusieurs fois traité dans ce journal la question de l'opothérapie ovarienne ; aussi devons-nous signaler à nos lecteurs l'intéressante thèse soutenue le 18 juillet dernier devant la Faculté de médecine de Paris par M. le Dr Louis Drevet : « Effets thérapeutiques du corps jaune de l'ovaire, en particulier dans l'hypofonction de la glande ovarienne, la ménopause naturelle, la ménopause post-opératoire. »

Entreprise sous l'inspiration de M. le Dr Jayle, cette étude consciencieuse s'appuye sur l'observation d'un grand nombre de malades examinées et traitées à la consultation de la clinique gynécologique de la Faculté à l'hôpital Broca.

La méthode de Brown-Séquard avait échoué. Fallait-il donc s'en tenir là ? « Elle était, dit M. Dastre, l'application incorrecte sans doute et mal interprétée d'une solide doctrine, celle des sécrétions internes. Cette fondation scientifique indestructible a permis après l'écroulement de la première construction d'en élever une autre ». L'édifice rénové est aujourd'hui debout ; nous l'avons montré déjà ; le remarquable travail de M. Drevet en apporte une preuve nouvelle.

Et d'abord de quelles préparations l'auteur fait-il usage dans ses essais thérapeutiques ? Fait-il ingérer les ovaires frais en nature ou la poudre d'ovaires desséchés (ovarine) ou bien emploie-t-il les extraits glycérinés en injections sous-cutanées ? Ni les uns ni les autres : il se sert exclusivement d'extrait de corps jaune.

Pourquoi s'arrête-t-il à cette préparation ? Parceque le corps jaune ne peut plus être considéré comme un simple bouchon fibreux oblitérant la cavité de l'ovisac rompu ; parce qu'il est véritablement le seul organe glandulaire, dont la fonction est d'élaborer la sécrétion interne de l'ovaire.

Et M. Drevet rappelle les raisons qui imposent cette interprétation : l'origine épithéliale, et non conjonctive du corps jaune (Sobotta), le caractère nettement glandulaire de ses cellules (prof. Prenant), enfin les expériences bien connues de Fraenkel (1903) et celles toutes récentes de Lambert (janvier 1907).

L'extrait, ou plus exactement, le principe actif du corps jaune dont s'est servi M. Drevet pour le traitement de ses malades, lui a été fourni, nous a-t-il dit, par la maison Grémy. Il l'a employé sous trois formes pharmaceutiques différentes :

Solution injectable ;
Solution titrée à prendre per os ;
Pilules.

Disons tout de suite que l'auteur marque ses préférences pour la forme pilulaire qui lui paraît unir le maximum d'activité à la plus parfaite tolérance.

Parmi les *indications* nombreuses de l'opothérapie ovarienne, M. Drevet ne retient que les deux principales, toutes ses malades rentrant dans l'une ou l'autre de ces deux catégories ; ce sont :

1° *Les troubles liés à l'hypofonction de la glande ovarienne et à la ménopause naturelle* ;

2° *Les troubles liés à la suppression de la glande ovarienne et consécutifs à la ménopause artificielle post-opératoire.*

La symptomatologie est à peu près la même dans les deux cas, à l'intensité près ; dans le premier cas la glande est en hypofonction, dans le second elle est en « a.fonction » (Drevet). On note, rappelons-le brièvement, des modifications de la menstruation et des symptômes réflexes (vasomoteurs, nerveux et trophiques).

« La menstruation, écrit M. Drevet, semble, d'après les idées actuelles, dépendre d'une action exercée sur le sympathique par une sécrétion intime de l'ovaire ».

A ce propos qu'on nous permette ici d'ouvrir une parenthèse pour mentionner une récente et fort curieuse communication de MM. Ancel et Villemin. Ces auteurs ont pu examiner les ovaires sains de 27 femmes ayant entre 25 et 45 ans, ovaires enlevés au cours d'opérations diverses ; ils ont constaté que la rupture de la vésicule de Graaf survenait environ quinze jours après le début des règles précédentes, ce qui revient à dire que cette rupture précède d'environ douze jours les règles suivantes.

L'examen anatomo-histologique a en outre démontré à MM. Ancel et Villemin que la période cataméniale correspondait à la période d'état (maximum de développement) du corps jaune, qui commence ensuite à s'atrophier. Ces données nouvelles confirment la théorie de Fraenkel, d'après laquelle la menstruation est sous la dépendance du corps jaune, organe de la sécrétion interne.

La fréquence des troubles menstruels au cours de l'insuffisance ovarienne : aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagies, etc., s'explique donc facilement, de même que les symptômes réflexes qui existent seuls dans la ménopause post-opératoire, tels que : bouffées de chaleur, poussées congestives, insomnie, cauchemars, troubles divers de la nutrition, adipose, asthénie musculaire et nerveuse, etc.

Voici la statistique des résultats obtenus par M. Drevet :

Sur 13 *cas de dysménorrhée* (*règles irrégulières*) : 10 cas de régularisation,
3 insuccès,

Sur 13 *cas de dysménorrhée* (*qualité de l'écoulement sanguin*) :
7 cas heureusement modifiés,
6 insuccès,

Sur 18 *cas de dysménorrhée* (*douleur précédant et accompagnant les règles*) :

7 cas dans lesquels les phénomènes douloureux furent supprimés,
3 cas dans lesquels ces phénomènes furent amendés,
8 insuccès,
Sur 20 *cas de phénomènes douloureux en dehors des règles* :
4 cas dans lesquels la douleur a été supprimée,
6 cas dans lesquels la douleur a été amendée,
10 insuccès,
Sur 26 *cas de troubles vaso-moteurs et congestifs* :
10 cas de suppression de ces troubles,
15 cas d'amélioration,
1 insuccès,
Sur 27 *cas de troubles nerveux* :
8 cas de suppression de ces troubles,
12 cas d'amélioration,
7 insuccès,
Sur 22 *cas de neurasthénie ou de symptômes neurasthéniformes* :
14 cas d'amélioration,
8 insuccès,
Sur 21 *cas de troubles digestifs* :
16 cas de suppression ou d'amélioration,
5 insuccès,
Sur 23 *cas d'asthénie musculaire* :
3 cas de suppression,
11 cas d'amélioration,
9 insuccès,

Ces résultats des plus encourageants méritaient d'être signalés à l'attention des praticiens.

Les préparations de principe actif de corps jaune, mises à la disposition de M. Drevet par M. Grémy, ont été préconisées depuis plus d'une année déjà sous le nom déposé d' « Ocréine Grémy ».

L'Ocréine Grémy peut se prescrire sous trois formes différentes : *pilules* (0 gr. 02 par pilule), *gouttes concentrées* (0 gr. 02 par 20 gouttes), *ampoules injectables* (0 gr. 04 par ampoule).

Nous avons dit que M. Drevet donnait ses préférences aux pilules. A quelle dose a-t-il employé l'Ocréine ?

Posologie et mode d'emploi (Drevet). Au début doses faibles, entre 0 gr. 04 et 0 gr. 08 pro die pour arriver à la dose moyenne de 0 gr. 12 (hypofonction ovarienne et ménopause naturelle) et même 0 gr. 16 et 0 gr. 18 (ménopause post-opératoire).

Durée moyenne de chaque période de traitement : quinze jours.

Les pilules d'Ocréine doivent être prises au milieu des repas.

Dans la dysménorrhée, commencer le traitement six à sept jours avant l'époque présumée des règles et continuer jusqu'à la fin du flux catamènial.

Dans l'aménorrhée commencer quelques jours avant l'époque correspondant aux règles absentes.

Chez les malades naturellement ou artificiellement ménopausées la date du début du traitement a paru indifférente.

Il est préférable de ne pas faire savoir aux malades la nature de la médication qu'on leur fait subir pour éviter la répugnance et les phénomènes nerveux réflexes. Tout renseignement à cet égard a été écarté avec soin dans le conditionnement de l'Ocréine Grémy.

MÉDECINE PRATIQUE

Nouvelles remarques sur l'appendicite.

Le nombre inquiétant de victimes que continue à faire chaque année l'appendicite montre d'une manière évidente que, malgré les flots d'encre qui ont coulé sur cette question et malgré les interminables discussions qu'elle a provoquées, on est loin de s'entendre sur le traitement et même sur le diagnostic et l'étiologie. Nous n'avons pas la prétention de réaliser encore aujourd'hui l'accord entre les auteurs et les cliniciens ; ce que nous désirons, c'est d'abord de montrer aux sceptiques que l'appendicite n'est pas une maladie nouvelle et que sa fréquence n'est pas spéciale à notre époque ; en second lieu, nous indiquerons un procédé exposé par M. Lannelongue pour préciser le pronostic.

I

L'appendicite n'est pas nouvelle

Dans une récente communication à l'Académie, M. G. *Richelot* a passé en revue les affections abdominales anciennes qui, par ignorance et insuffisance de diagnostic, étaient considérées comme siégeant dans des régions voisines (fosse iliaque, psoas, ovaires, trompes, gros intestin) et non dans leur véritable foyer, c'est-à-dire dans l'appendice.

Une affection classiquement décrite dans les pathologies anciennes et qu'on rencontre exceptionnellement aujourd'hui, la *psoïtis*, est un premier exemple de confusion clinique caractéristique.

« Bien souvent, dit M. Richelot, je m'étais demandé ce que voulait dire cette myosite primitive cette localisation bizarre, et ce qu'il fallait croire de ses rapports avec les « grandes pyrexies », des causes prédisposantes ou efficiantes invoquées par les auteurs. Je fus pleinement édifié par l'observation d'un malade, qui entra le 17 juin 1898 à l'hôpital Saint-Louis, que mon ancien interne Jean Roger opéra, et dont il fit l'objet d'un mémoire publié deux ans plus tard (1). Dans ce très judicieux travail, Jean Roger rapporte à Gangolphe le mérite d'avoir signalé le premier les rapports de la psoïtis avec l'infection appendiculaire ; le premier, cela veut dire en 1894, après une période d'oubli comme on en voit quelques-unes dans notre histoire. Car P. Ménière, en 1828, Dance en 1832, nous montrent déjà les rapports de la psoïte avec le cæcum, et l'origine intestinale des abcès fétides de cette région ; Mélier observe, en 1827, l'inflammation primitive de l'appendice, et Burne, en 1858, la gangrène simultanée de l'appendice et du psoas ; enfin Leudet, dans son travail des *Archives générales*, en 1859, publie le fait que je viens de citer, et un autre où l'autopsie révèle qu'il n'y avait pas trace de péritonite, que le cæcum et le côlon adhéraient à la fosse iliaque interne, envahie par une suppuration étendue, et que « l'extrémité libre de l'appendice iléo-cæcal, complètement perforé et un peu replié sur lui-même, plongeait dans la vaste collection purulente ». Le mémoire de Leudet est d'ailleurs remarquable : les lésions de l'appendicite, les per-

(1) Jean Roger. — Appendicite et psoïtis, *Presse Médicale*, 15 septembre 1900.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

Dr T., de V. à *Concours*. — Un industriel de la région envoie tous ses blessés à l'hôpital dont je suis le médecin et ne fait aucune déclaration (sauf pour les cas très graves) à la Cie sous prétexte que cette dernière élève ses tarifs.

Il paie donc l'hôpital, soit 2 fr. par jour, s'arrange avec l'ouvrier, il paie aussi les pansements, mais le médecin ne voit jamais rien.

N'est-ce pas irrégulier et ne puis-je pas réclamer à la Cie ou au patron.

Je vous serais bien obligé de me faire connaître votre avis dans votre plus prochain numéro du *Concours* auquel je suis abonné.

R. — En l'espèce, les personnes lésées sont l'hospice et vous-même.

Vous devez saisir la commission administrative de cet état de choses. Il est de son devoir d'intervenir et de refuser désormais l'admission de ces blessés dans les conditions actuelles, sauf dans le cas de traumatismes graves nécessitant une opération.

Je vous rappelle que dans plusieurs hôpitaux, le modus vivendi suivant a été adopté entre médecins et commissions administratives. Voici la façon de procéder.

La loi du 31 mars 1905 stipule que le chef d'entreprise est seul tenu des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne peuvent dépasser le tarif établi pour l'application de la loi de 1893, sur l'Assistance médicale gratuite, majoré de 50 % sans pouvoir dépasser 3 fr. 50. La Commission administrative peut porter le prix de la journée à l'hôpital, qui est de 2 fr. actuellement, à un taux supérieur, le taux limite, par exemple à 3 fr. 50, et stipuler qu'à titre d'honoraires médicaux pour les blessés du travail *qui ne sont pas des indigents*, la différence vous sera remise. C'est de cette façon qu'à Meulan, Chevreuse et Albertville, les commissions hospitalières attribuent aux médecins de l'hôpital une part variant de 0.50 à 1 fr. par blessé et par jour.

Dr L. de L. B. *Concours*. — Voudriez-vous avoir l'obligeance de répondre à la question suivante, dans le plus prochain no de votre journal, aux initiales Dr L., à B. Un ouvrier qui, dans un accident du travail, a perdu une partie de... ou toute... la 1re phalange du 2e orteil doit-il être considéré comme atteint d'incapacité permanente partielle, et a-t-il droit à une rente ? Cet ouvrier est mineur. Dans

Suite page X.

forations, les péritonites localisées ou diffuses, tout ou presque tout, sauf la pathogénie microbienne, est magistralement tracé, avec de nombreux exemples. Et, on se demande, en présence de tels travaux, qui, à vrai dire, n'étaient pas parisiens, comment les maîtres qui nous ont élevés ont eu dans leur bagage de cliniciens et laissé dans notre éducation une si grosse lacune, et comment certains d'entre nous disent encore aujourd'hui que l'appendicite est « une maladie nouvelle, dont rien dans les études anciennes ne faisait soupçonner l'existence », et expliquent par son extrême rareté d'alors qu'elle ait « échappé à l'observation de médecins attentifs et aux chercheurs d'autopsie «(Lucas-Championnière). »

«Le fait observé dans mon service et décrit par Jean Roger est des plus intéressants : il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans,pris soudain d'une douleur suraiguë dans la fosse iliaque droite, avec tuméfaction étendue, cuisse en demi-flexion et légère rotation externe ; état général grave, température 40 degrés. Incertain sur le siège de la suppuration, Jean Roger décolle prudemment le péritoine pariétal, voit par transparence la masse intestinale saine et mobile, continue le décollement sans ouvrir la séreuse, et arrive sur le fascia iliaca qui cède tout à coup et laisse échapper un flot de pus fétide. Le diagnostic de psoïtis est confirmé, Malgré tous les soins,le malade succombe le lendemain soir et l'autopsie permet de constater les faits suivants : intégrité parfaite de la cavité péritonéale ; mais l'appendice offre une disposition particulière,il est appliqué, dès son origine,sur la face postérieure du cæcum par l'enveloppe séreuse et affecte d'abord une direction ascendante ; puis, il se réfléchit, pénètre dans le tissu cellulaire sous péritonéal, aborde le fascia iliaca, le perfore et termine son trajet sous le feuillet aponévrotique, dans le muscle psoas,transformé en collection purulente.

« En examinant la cavité de l'abcès, on trouve suspendue en battant de cloche à sa partie antérieure, l'extrémité libre de l'appendice gangrénée perforée et ne tenant plus que par un fil au reste de l'organe. Un calcul est enclavé dans un renflement de l'appendice, immédiatement au-dessus de la traversée aponévrotique. Rien de plus démonstratif : si la psoïtis est presque toujours à droite, c'est qu'elle est presque toujours d'origine appendiculaire. Et, du même coup se trouve élucidée l'étiologie des psoïtis, en général. »

La *typhlite* et l'*engouement cæcal*, la *pérityphlite*, l'*étranglement interne* par *volvulus* ou par *invagination intestinale* sont autant d'affections qui se retrouvent dans les traités classiques d'il y a 30 ans et qu'on ne paraît plus rencontrer aujourd'hui. Pourquoi ? Les laparotomies sont très fréquentes de nos jours et cependant, les chirurgiens déclarent eux-mêmes qu'en dehors des cas de néoplasmes, il y a un temps infini qu'ils n'ont pas vu d'occlusions intestinales.

«Et qu'étaient donc ces *péritonites* sans causes — rhumatismales quand elles guérissaient — qu'on voyait il y a vingt ans et qu'on ne voit plus aujourd'hui ? Que veulent dire ces morts foudroyantes qu'on signalait chaque année dans la société parisienne, qui apitoyaient quelques heures et dont on ne parlait plus, tandis qu'aujourd'hui les journaux les décrivent et en cherchent la cause ? Même chez la femme, où l'origine génitale peut être invoquée, est-ce que d'habitude l'infection pelvienne évolue à si grand fracas ? Est-ce que les abcès tubaires se rompent si souvent dans l'abdomen ? Est-ce que les anciennes « coliques de miserere » ne sont pas, dix-neuf fois sur vingt, des appendicites ? Nous avons tous vu jadis de ces coups de théâtre : des jeunes femmes, florissantes de santé, qui mouraient en quarante-huit heures, emportées par une « péritonite » ; j'en pourrais citer plus d'une, femmes d'agents de change, de politiciens, d'artistes. Aujourd'hui, c'est l'appendicite qui les emporte et partout on en parle ;.s'agit-il d'un nom connu, d'une actrice en vogue, on désigne sa maladie, on en publie toutes les phases, on blâme ou on loue le chirurgien,à qui est échue la tâche ingrate de lui porter secours. »

« Sans quitter le tube digestif, n'oublions pas certaine appendicite mortelle qui naguère, pendant plusieurs jours, fut appelée *colique hépatique.* Et pour en finir avec les coliques, citons un éminent chirurgien qui fut opéré d'appendicite aiguë : Verneuil, son maître, avait cru voir une *colique néphrétique.* Reliefs des erreurs d'autrefois !

« Voilà, si je ne me trompe, une première série de faits qui diminue singulièrement la prétendue rareté de l'appendicite à une époque où sa physionomie nous était mal connue. »

Chez la femme, en particulier,on parlait autrefois, beaucoup plus de cas de salpingite aiguë, de salpingo-ovarite avec suppuration pelvienne qu'on en observe aujourd'hui et,certes, les causes de ces affections n'ont pas diminué ; mais, on méconnaissait leur véritable origine et l'on reportait à l'ovaire et à la trompe des infections qui ne venaient que de l'appendice. On poussait même la légèreté jusqu'à admettre la possibilité d'infections pelvi-génitales chez des vierges ou chez des jeunes femmes qu'un examen local démontrait absolument saines du côté du vagin et du col utérin. M. Richelot a cité plusieurs faits qui montrent que les exemples de diagnostic faux de salpingite chez des jeunes filles abondent et qu'en réalité,il s'agit,la plupart du temps, d'appendicites.

« J'ai publié, dit-il, dans le *Bull. médical* en 1897. l'observation d'une jeune Américaine de vingt ans, qui avait failli succomber à une crise violente, et dont le médecin m'appela, l'orage passé, pour me montrer « un pyosalpinx du côté droit ». Je rectifiai l'erreur, en constatant l'absence de toute salpingite et la persistance d'un point douloureux dans la fosse iliaque. L'appendice fut enlevé et l'opération montra d'une part l'intégrité parfaite de la cavité pelvienne, d'autre part l'air innocent de l'appendice, collé au cæcum par des adhérences celluleuses, uniques témoins de l'extrême danger que la malade avait couru. Tout symptôme disparut après l'opération, et la jeune fille, retournée en Amérique, se maria et reprit sa vie ordinaire, où les sports et le champagne entraient pour une grande part. La conclusion de cette histoire est qu'au lieu de croire trop vite, chez les vierges, aux suppurations d'origine génitale, il faut penser à l'appendicite. »

Combien de fois a-t-on attribué à des lésions ovariques, à des périovarites, à des ovarites polykystiques, des douleurs abdominales tenaces et intenses, siégeant, le plus souvent, à droite et qui

n'avaient d'autre origine que l'appendicite chronique ?

Enfin, combien d'entérites glaireuses, combien d'entérites muco-membraneuses, qu'on essaie en vain de guérir par des grands lavages, par des régimes spéciaux, par des bouillons de cultures, par des cures hydro-minérales et qui seraient rapidement guéries par l'appendicectomie ; car là est la vraie cause de l'affection ? M. Dieulafoy a soutenu que l'entéropathie muco-membraneuse n'est pas une cause d'appendicite : en réalité, ce qu'il faut dire, c'est que l'appendicite chronique est fréquement l'origine d'une entéropathie muco-membraneuse.

« D'ailleurs, s'écrie M. Richelot, faut-il tant s'étonner de la fréquence de l'appendicite ? Sa pathogénie nous montre qu'elle ne peut et n'a jamais dû être rare. En peu de mots : l'appendice est un diverticule aveugle, qui reçoit les souillures de l'intestin et ne les lui rend pas toujours. C'est un réceptacle et un excellent milieu de culture, pour peu que certaines conditions, qu'il n'est pas malaisé de trouver dans l'intestin, dans les matières qu'il charrie, dans sa flore bactérienne, mettent en échec la résistance des phagocytes ; et il semble que sa configuration même, l'apport facile des agents d'infection et leur élimination difficile suffisent à faire de l'appendicite la moins spécifique et la plus banale des maladies. Même les formes auxquelles on attribue une cause générale (fièvre typhoïde, grippe, scarlatine) et qu'on trouve un peu mystérieuses, n'ont pas, à mon avis, d'autre mécanisme. Les infections générales n'ont-elles pas une action constante sur les voies digestives ? La typhoïde s'attaque à l'appendice comme aux autres plaques de Peyer ; la grippe touche la muqueuse de l'intestin et de son diverticule, aussi bien que celle de la gorge et de l'oreille moyenne. Toutes les variétés étiologiques peuvent donc se fondre en une seule: l'appendicite est une maladie d'origine intestinale, toujours intestinale.

« L'appendicite n'est donc pas une mine récemment découverte ; c'est un filon dont la teneur en minerai n'était pas exactement connue, et dont la mise en valeur donne aujourd'hui des résultats surprenants.

« Ma conclusion est que la médecine et la chirurgie ont déjà fait beaucoup pour dissiper d'anciennes confusions, pour rendre accessibles des lésions d'allure violente ou insidieuse, les saisir d'urgence ou les dépister à la longue, et qu'il faut continuer cette œuvre sans retours en arrière, scruter les faits obscurs avec un soin toujours plus pénétrant, grouper les symptômes et les moindres indices, approfondir le diagnostic, et par là nous rendre capables d'assumer des responsabilités, dont nos anciens maîtres n'ont jamais eu l'idée, et qui ont pour limite, non l'aspect séduisant d'une théorie, d'un rapprochement d'idées, d'un souvenir clinique, mais le scrupule d'une conscience droite. »

II

Méthode clinique pour préciser le pronostic.

M. *Lannelongue* a fait faire par ses élèves de nombreuses recherches pour essayer d'arriver à une plus grande précision dans le pronostic.

Il a exposé les résultats de ces recherches à l'Académie de médecine (mai 1907).

« Constatons d'abord, dit-il, qu'il est extrêmement difficile d'apprécier la gravité d'une attaque sérieuse d'appendicite aiguë et d'en établir le pronostic. L'analyse méthodique et minutieuse de l'ensemble des phénomènes morbides ou de chacun d'eux n'est nullement suffisante pour résoudre le problème du degré de l'intensité de l'infection, autrement dit, de fournir au traitement des indications précises sur l'opportunité et l'urgence d'une opération hâtive. Et dans le doute angoissant, où l'on reste souvent trop longtemps, l'infection va poursuivre sa marche ascendante, sans nouveau trouble apparent ; c'est la mort à bref délai. »

C'est dans le but de connaître au moins approximativement le degré de l'infection générale que M. Lannelongue a pensé à s'adresser à la valeur des *urotoxies* chez l'appendiculaire. Chacun sait que l'on appelle *urotoxie* la quantité d'urine qu'il faut injecter dans les veines d'un lapin par kilogramme de son poids pour amener la mort. Le coefficient *urotoxique* est le nombre d'*urotoxies* fabriquées par l'unité de poids.

« Il y avait à déterminer l'*urotoxie* normale de l'adulte et principalement des jeunes sujets, beaucoup plus fréquemment atteints que l'adulte.

« Or, l'*urotoxie* des sujets adultes oscille entre 40 et 80 centimètres cubes, tandis que celle des puériadolescents lui est bien supérieure et varie selon les âges entre 62 et 120 centimètres cubes. D'après nos recherches propres, elle a été en moyenne de 110 centimètres cubes entre cinq et sept ans ; de 84 centimètres cubes de huit à dix ans ; de 89 centimètres cubes de onze à quatorze ans. Les coefficients urotoxiques étaient en moyenne à ces divers âges de 0,44, de 0,52 et de 0,535.

« Il n'y avait plus qu'à connaître le degré de toxicité urinaire des malades atteints d'appendicite. Nous avons dans ce but divisé le cadre pathologique en trois catégories.

« Dans une première, nous comprenons les appendicites aiguës, fébriles, accompagnées d'une réaction locale, en général, très marquée ; péritonite circonscrite adhésive ou purulente. Dix malades ont été l'objet de cette étude ; ils étaient tous sous le coup d'une attaque franchement aiguë précédée ou non de phénomènes plus marqués.

La moyenne des urotoxies est descendue à :

27 cent. cubes pour les enfants de 5 à 7 ans ; moyenne normale : 110 c. c.

27 à 39 c. c. pour les enfants de 8 à 10 ans ; moyenne normale : 84 c. c.

27 à 21 c. c. pour les enfants de 11 à 14 ans ; moyenne normale : 89 c. c.

La moyenne du coefficient urotoxique de tous les malades réunis, a été de 1,53 au lieu de 0,533, moyenne normale des puériadolescents.

« Mais présentées sous cette forme, ces recherches n'offrent qu'un intérêt très spéculatif. Il n'en est pas de même, quand on ne sépare plus les résultats des faits cliniques d'où ils émanent. On est alors amené à cette formule générale que le coefficient urotoxique ou encore le nombre des urotoxies exprime assez exactement le degré de gravité de l'appendicite. Plus ce coefficient s'élève, plus paraît grande l'infection, ou si l'on veut, l'intoxication ; plus les malades sont près de la mort.

« La valeur de la toxicité urinaire peut fournir

des renseignementss utiles dans l'appendicite aiguë et dans les formes prolongées ou dites chroniques d'emblée.

« Chez les adolescents. la toxicité urinaire s'élève dans l'appendicite aiguë en raison de la gravité de la maladie et sa décroissance se met en parallélisme avec la désinfection de l'infecté.

« Atteignant dans les appendicites aiguës graves un chiffre trois et quatre fois supérieur au chiffre normal, elle va fournir uno indication opératoire nouvelle, dont la précision des résultats ne saurait être méconnue.

« Descend-elle à 25 urotoxies, c'est-à-dire à une injection de 25 centimètres cubes par kilogramme du poids du lapin, et, à plus forte raison, audessous de ce chiffre, il me semble qu'elle est une indication pressante d'opérer immédiatement.

« Enfin la toxicité urinaire permet d'apprécier le degré d'infection de l'organisme dans les appendicites prolongées ou chroniques ; elle *devient une contre-indication opératoire, réclamant un ajournement, lorsque le malade est encore sensiblement infecté.*

Voici maintenant,en quelques mots la technique expérimentale, qui est d'une très grande simplicité et réalisable en tous lieux.

« Le lapin, dont le poids est pris avant l'expérience, est fixé sur sa planche et un tube en caoutchouc de trois mètres de long environ et deux centimètres de large, surmonté d'un entonnoir en verre, et possédant un petit robinet à l'autre extrémité, est fixé le long d'un mur. On adapte au robinet un trocart assez fin pour pouvoir pénétrer dans l'une des veines dorsales de l'oreille du lapin. Après avoir rempli le tube de l'urine à expérimenter, qu'on a pris soin de passer à travers un linge, afin d'arrêter les gros dépôts et les sels en suspension, on stérilise la région et on pique la veine de l'oreille. A l'aide du robinet on laisse passer lentement et graduellement l'urine.

« La durée de l'expérience varie entre une demi-heure et une heure. Lorsque l'animal est intoxiqué mortellement, il se produit quelques convulsions et la mort survient. »

On peut, comme M. Hayem, formuler une petite objection. « Il est souvent difficile d'établir une comparaison rigoureuse, au point de vue de la toxicité, entre les urines des malades atteints d'appendicite et celles des sujets sains. Au cours de l'appendicite, la quantité des urines diminue considérablement,leur concentration augmente et par conséquent la toxicité apparente. Il faudrait ramener avant l'injection les urines à l'isotonie ou au moins à la même densité. »

M. Lannelongue croit cependant pouvoir affirmer que les indications fournies par sa méthode sur le degré de toxicité de l'urine sont d'une réelle valeur pour établir le pronostic.

Nous estimons aussi qu'il est malheureusement impossible au moyen de l'examen de l'habitus extérieur du malade, des caractères de la douleur, du pouls, etc., de fixer solidement un pronostic ; même l'étude de la température du malade ne fournit pas toujours des données exactes sur l'évolution ultérieure de la maladie. Interrogeons donc la toxicité urinaire, en attendant que l'examen du sérum sanguin ou d'un autre produit de l'organisme puisse nous éclairer plus complètement, quand de nouvelles recherches auront élucidé ces questions.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Encore une tâche pour les syndicats médicaux

Nous empruntons à la *Gazette médicale belge* un excellent article qui vise tout aussi bien nos mauvaises habitudes françaises que celles de nos voisins.

Nos syndicats ont à suivre l'exemple de la *Société médicale rurale de Liège*, surtout quand ils comptent parmi leurs membres des chirurgiens qui, sans y avoir suffisamment réfléchi, sont passibles du reproche formulé par nos confrères belges. La défense syndicale des intérêts de la masse veut la suppression radicale de tous abus de ce genre.

Une mesure pratique.

On a souvent fait reproche aux revendications du Corps médical de manquer de caractère pratique. Bien des fois, en effet, on a pu entendre des discours éloquents, lire des chroniques enflammées contre les abus dont souffre le Corps médical. Malheureusement, quand il s'agissait de préconiser des remèdes, on tombait trop souvent dans l'utopie et l'exagération,ou bien on concluait régulièrement par un appel désespéré au dieu-état. Celui-ci est malheureusement atteint d'une surdité incurable.

Pour déraciner les abus, il faut d'abord les bien délimiter. Il ne faut pas vouloir tout faire à la fois,il ne faut pas préconiser des moyens d'une application impossible ou évidemment appelés à l'insuccès. Il faut du sang-froid et de la volonté éclairée.

Ce sont ces qualités qui ont mis en vedette depuis nombre d'années la Société médico-rurale de l'arrondissement de Liège. S'appliquant toujours à créer des œuvres, à défendre pratiquement les intérêts scientifiques et professionnels de ses membres, elle a mérité d'être proclamée une des plus vaillantes et des plus heureusement inspirées de nos associations médicales.

Une des premières, elle s'est transformée en union professionnelle. A peine constituée, elle vient de montrer qu'elle n'entend pas laisser rouiller dans les mains de ses dirigeants les armes nouvelles que la législation lui accorde.

Voici, en effet, la circulaire énergique que le bureau de la Société médico-rurale de l'arrondissement de Liège vient d'adresser au Corps médical :

Monsieur et cher confrère,

S'il est une revendication médicale, bien juste et légitime, c'est celle exprimée par la simple phrase :

« *La Médecine aux Médecins* ».

Sous le nom de « Médecine » nous rangeons tous les actes quelconques de l'exercice de notre art. Depuis longtemps, les praticiens protestent contre la tolé-

rance des pouvoirs publics à l'endroit de l'exercice illégal de notre profession par des personnes non qualifiées, et réclament une protection plus efficace de leur monopole que celle accordée par la loi de 1812. A quoi bon élever des protestations, cependant, si des empiètements sur le terrain professionnel sont tolérés par les médecins eux-mêmes. De quelle valeur seraient nos réclamations auprès des pouvoirs publics si, par condescendance, par philanthropie, par laisser aller, certains médecins ouvraient eux-mêmes la porte aux abus.

Il en existe cependant que notre Société, en sa qualité d'Union professionnelle reconnue, s'est donné la mission de combattre.

Certains chirurgiens tolèrent qu'une assistance active soit prêtée dans les opérations par des personnes étrangères à la profession ; d'autres recourent, pour des opérations pratiquées en dehors des hôpitaux, aux services d'étudiants en médecine.

Ainsi, il arrive que d'importants actes d'assistance opératoire, entr'autres la narcose, sont confiés à des infirmiers, des religieuses, des étudiants.

C'est là une pratique que le devoir que nous nous sommes tracé de défendre les intérêts des médecins, nous fait l'obligation de signaler, comme abusive, à nos confrères.

Nous ne voulons pas entrer dans une discussion sur l'importance du rôle du chloroformisateur. Qu'il nous suffise de dire qu'en cas d'accident de la narcose, un chirurgien, ayant eu recours à l'assistance d'une personne non qualifiée pour entreprendre cette intervention, s'exposerait aux plus graves responsabilités. Nous n'avons pas plus à nous occuper de la question de compétence acquise par un assistant non médecin.

De droit, la narcose est un acte médical qui ne peut être confié qu'à un médecin. Nous attirons donc votre attention, cher confrère, sur ces quelques réflexions, et nous nous permettrons d'inviter tous les chirurgiens à ne confier, dans leurs interventions, la narcose ou toute autre assistance opératoire active, qu'à un médecin.

Aucune considération ne peut prévaloir contre le droit exclusif des médecins à cette assistance chirurgicale.

La *Société Médico-rurale* de Liège, union professionnelle reconnue, est décidée à user des droits que lui confère la loi de 1898, dans un but de défense des intérêts matériels de la profession médicale, pour arriver à la suppression des actes d'exercice illégal de la médecine.

L'Union professionnelle, avant tout, recourt à la conciliation en faisant appel aux sentiments de solidarité des médecins pour la suppression des abus constatés, mais elle n'hésiterait pas à user de ses droits de personne juridique pour poursuivre des confrères qui n'entendraient pas sa très juste et légitime demande.

Veuillez, cher et honoré confrère, agréer l'assurance de nos sentiments confraternels.

Le secrétaire général, Dr J. Dethier.

Le président, Dr A. Limet.

Les faits qui ont provoqué cette circulaire sont patents. Ils sont aussi, sans conteste possible, injustifiables et aussi contraires à l'intérêt public qu'à l'intérêt légitime du corps médical. Ils ne doivent donc plus se renouveler. Il ne faut plus que les chirurgiens et spécialistes amènent avec eux, pour les assister dans des opérations, surtout pour pratiquer la chloroformisation, des aides dépourvus du diplôme de docteur en médecine. Les médecins abondent, ils sont compétents et ils sont seuls autorisés à pratiquer des actes médicaux et à en tirer leur subsistance. Toutes les raisons que l'on donnera pour les dédaigner ou les écarter sont sans valeur et sans pertinence.

Il importe, cependant, d'être juste en tous points. Nous nous permettrons donc de faire remarquer que ce ne sont pas toujours les médecins opérateurs qui sont les seuls ou les plus grands coupables dans les actes répréhensibles visés dans la circulaire de nos amis de la Médico-Rurale de Liège. Les médecins traitants, surtout à la campagne, commettent souvent une première faute qui engendre les autres. Il leur arrive d'écrire ou de télégraphier à un chirurgien d'arriver d'urgence avec ses instruments *et ses aides*. Le chirurgien, le chirurgien d'hôpital surtout, prend alors ses outils (!) son infirmier ou son interne et court à la gare. Là est son excuse si pas sa justification.

En tous cas, cela n'arriverait pas si le médecin traitant se chargeait de réunir les aides nécessaires. Cela ne lui sera pas plus difficile que d'appeler un chirurgien éloigné, surtout si comme cela devrait toujours être, il choisit les assistants parmi les confrères de sa localité ou de sa région.

Medice cura te ipsum. Médecin, rentre en toi-même. N'arrache pas de ta bouche ou de la bouche de tes confrères le pain qui fait vivre. Ne compromets pas toi-même tes intérêts ou ceux de tes confrères. Revendique énergiquement, pratiquement, tous les droits au monopole d'une science difficile, source de vie entre des mains compétentes, source de dangers et de mort entre des mains inexpérimentées.

Voilà le cri de ralliement que vient de lancer la Société médico-rurale de l'arrondissement de Liège. Nous l'en félicitons de tout cœur et nous formons le vœu que ce cri soit entendu de tous.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nos lecteurs sont priés de rapprocher le jugement suivant de ceux de Bourg, Lorient, etc., déjà publiés l'année dernière.

LE TARIF MINISTÉRIEL NE S'APPLIQUE PAS AU MÉDECIN CHOISI *par le patron et* ACCEPTÉ *par la victime* D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL.

JUSTICE DE PAIX DE VILLEFRANCHE

Jugement du 2 *juillet* 1907. — *Affaire X... contre docteur Y...*

Attendu que, par exploit enregistré du 22 mai 1907, le docteur Y... a fait citer X... en paiement d'une somme de quarante-deux francs, pour soins donnés à deux de ses ouvriers blessés par le fait ou à l'occasion du travail, le sieur Z... le 20 août 1906 et le sieur W... le 31 octobre 1906.

Attendu que X... résiste à cette demande soutenant que le docteur Y... a été choisi par les blessés Z... et W... et qu'aux termes de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, il ne lui doit que la somme de 26 francs, conformément au tarif ministériel du 30 septembre 1905 ;

Attendu que toutes les contestations relatives aux frais de maladie de la victime d'un accident du travail, qu'elles s'élèvent entre la victime elle-même et le chef d'entreprise ou que ce der-

nier soit poursuivi en recouvrement de frais quelconques de maladie et de quelque façon que s'engage l'instance, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit (Cour de Cassation, Chambre civile, 19 décembre 1906) ;

Attendu qu'il résulte des deux documents versés aux débats par le docteur Y... qu'il a bien été indiqué par X... à ses ouvriers blessés ;

Qu'en effet ces deux pièces signées X... sont libellées de la façon suivante : « Le nommé Z... ou W... a été blessé le ....., prière de lui donner les soins nécessaires..... » ;

Attendu qu'il résulte également des mêmes débats que les ouvriers Z... et W... n'ont pas directement fait appeler un autre médecin que le docteur Y... ;

Attendu qu'à l'audience du 4 juin 1907 il a été reconnu par les parties que le docteur Y... n'était pas à Villefranche le médecin spécial de la compagnie d'assurances qui assure X ... ;

Attendu qu'en rapprochant l'alinéa 2 du texte primitif de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, de l'alinéa 2 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, on voit très nettement que si le législateur permet expressément à la victime de choisir son médecin, il décide qu'en pareil cas le règlement des frais médicaux dans les rapports de la victime et du patron s'opère avec cette seule différence que le tarif à appliquer, au lieu d'être celui de l'assistance médicale gratuite, variable suivant chaque département, est un tarif uniforme pour la France entière ;

Attendu qu'à la date du 31 mai 1899 le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail, consulté par le ministre du Commerce sur l'interprétation de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 a formulé son avis de la façon suivante :

« Que dans le cas prévu par l'article 4 s'agissant de « frais médicaux » proprement dits, ces frais devant être « supportés par le chef d'entreprise », le médecin traitant a le droit de répéter ses honoraires d'après les conventions ou l'usage, sous la seule réserve de l'application par justice du tarif d'assistance médicale gratuite au cas où il a été directement appelé par la victime de l'accident » (*Journal officiel* du 6 janvier 1900, pages 71 et 72);

Attendu qu'il ressort clairement, en rapprochant les termes de cet avis du texte de l'alinéa 42 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, que lorsque le blessé accepte le médecin désigné par le patron ou l'assurance de celui-ci, le règlement des frais médicaux s'opère en dehors de l'intervention de l'ouvrier, et ce n'est que lorsque le blessé n'a pas confiance dans le médecin qu'on lui propose que la loi lui donne le droit de solliciter les soins d'un médecin de son choix à condition que les honoraires de ce praticien seront taxés conformément au tarif ministériel du 30 septembre 1905 ;

Attendu que lorsque la victime a fait choix d'un médecin, c'est pour prévenir des abus que l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 a disposé que les sommes dont le patron sera tenu à titre de frais médicaux seront fixées par le juge de paix, qui devra se conformer pour cela au tarif du 30 septembre 1905 ;

Attendu, dit SACHET dans son Traité de 1906 sur les accidents du travail, que l'homme de l'art mandé par le blessé n'est pas tenu de se contenter des honoraires fixés par le juge, mais qu'il n'aura pour le surplus aucune action contre le patron ;

Qu'il ne pourra que s'adresser qu'à la victime elle-même ;

Attendu que l'opinion de ce jurisconsulte, qui fait autorité en la matière, est du reste conforme à l'avis du Comité consultatif des assurances du 31 mai 1899, rapporté dans le *Journal officiel* du 6 janvier 1900 ;

Attendu, en résumé, qu'il est équitable de décider que le tarif du 30 septembre 1905 n'est applicable à l'endroit du patron que lorsque son ouvrier blessé a expressément choisi son médecin ;

Que tel n'est point le cas du docteur Y..., qui n'a pas été directement appelé par les ouvriers Z..., et W... ;

Attendu que nous possédons les éléments suffisants pour fixer le montant de sa note à quarante-deux francs ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens ;

Par ces motifs,

Nous juge de Paix, statuant publiquement contradictoirement et en dernier ressort ;

Condamnons X..., à payer au docteur Y... :

1° La somme de quarante-deux francs, montant de la note ayant trait aux ouvriers Z..., et W... ;

2° Les intérêts de droit dès le 22 mai 1907 ;

3° *Les dépens de l'instance, dans lesquels seront compris, et ce au besoin à titre de dommages-intérêts, les frais de timbre et d'enregistrement des deux coupons versés aux débats par le docteur Y...* ;

Les dits coupons timbrés et qui seront enregistrés en même temps que les présentes.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Un Congrès de la Ligue internationale contre le charlatanisme.

Paris, le 7 septembre 1907.

Mon cher ami,

Je vous écris du « Concours » où j'arrive après votre départ, et je regrette bien de ne pas vous avoir rencontré. J'aurais voulu vous montrer une lettre reçue de Hollande dans laquelle on invite le Comité de l'office central à se faire représenter à une réunion de la Ligue contre le charlatanisme (Ligue internationale).

J'estime qu'il est bien difficile de nous dérober et qu'après ce que nous avons fait, nous ne pouvons pas ne point nous faire représenter à Berlin.

Cette réunion aura lieu le 24 septembre, à l'occasion du Congrès d'hygiène. J'ai correspondu avec notre Président le Dr Lereboullet qui ne peut venir. J'ai vu Me Bruno-Dubron qui est indécis. Moi, j'ai à faire et n'irai que pour ne pas nous dérober. Mais c'est une grosse dépense.

Pouvez-vous faire paraître dans le prochain n° du *Concours* la lettre et le programme, je vous en envoie le texte ; on peut respecter le style qui ne manque point de saveur.

Je vais écrire à Me Rocher mais je ne crois pas qu'il vienne.

Recevez l'assurance de ma meilleure sympathie.

Dr Ch. Levassort.

Monsieur,

J'ai reçu votre honorée du 26 août.

Monsieur le Professeur Hector Freub vous aura bien informé que notre Comité International contre la Charlatanerie est fondé le 12 novembre 1905.

Ils se sont formés des Sub-Comités à Berlin (Deutsche Gesellesha̧ft sur Bekämpfung desKurz pfuschertums) à Vienne (Osterreichische Ges. z. B. d. K.) à Upsala (Sckwedische G. z. B. d.K.) à Karlsruhe (Gesundheitsrat) et aux Pays-Bas (Vereeniging tegende Kivahzaluerij) Jusqu'à présent nous n'avions plus encore d'autres pays qui ont pris part de la sorte que nous nous réjouissons fort que vous et votre ligue seront présents à notre assemblée à Berlin car nous espérons que nous fondrons à Berlin une grande Ligue Internationale, qui aura des membres dans tout le monde.

Nous espérons que vous et d'autres membres de votre Office Central voudront bien assister afin de constituer la grande Ligue Internationale.

Le Programme que notre Sub-Comité Neerlandais a l'honneur de présenter se trouve ici bas et je vous prie de le vouloir bien répandre parmi les membres de votre Ligue.

Ce programme n'est comme vous voudrez bien accepter qu'une introduction incomplète, qui doit être emplie et corrigée.

Vous et votre Comité ont le droit d inviter autant de Délégués que vous pensez utile et si vous voulez encore inviter des Délégues d'autres pays comme de l'Italie, d'Espagne, il nous sera non seulement agréable, mais nous vous serions fort reconnaissants.

A cause que nous n'avons jusqu'à présent pas encore beaucoup de membres, nous n'avons pas pu obtenir des avantages pour les transports et des billets ; tarif réduits.

Considérez que je n'ai jamais vécu en France je vous prie de vouloir excuser qu'ils se trouveront des fautes en style ou grammaire dans ma lettre et dans la traduction du programme.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

J. M. Van Elk.

Secrétaire du Sub-Comité Neerlandais du Comité International contre la Charlatanerie.

Le Comité International contre la Charlatanerie, institué au 12 novembre 1905 à l'occasion du 25 Jubilé du Vereeniging tegen de Vuvahralnerg (Ligue contre la Charlatanerie) à Amsterdam, dont maintenant le haranguer, le Sub-Comité Neerlandais a l'honneur de représenter, vous invite à une assemblée au *Mardi* le 24 *septembre* 1907, le soir à 7 heures, dans le petit salon (Kleimen Saal) du Pangenbeckhaus, Zieglerstrasse N° 11-14, afin de discuter, plus au moins ce qui suit.

1° La suppression définitive des Comités Internationaux contre la Charlatanerie et la fondation d'une *Ligue Internationale* ensuite à élire une Commission afin de fixer les règlements de la Ligue. Le Sub-Comité Neerlandais propose de fixer les principes suivants : tâcher à atteindre :

a) Des lois uniformes contre la Charlatanerie.

b) Des lois Internationales pour combattre contre les annonces des Chartalans et des spécialités dans les journaux, Brochures. etc.

2° Comparaison des lois qui existent déjà dans les différents Etats contre la Charlatanerie.

3° Fondation d'un organe International.

Le Sub-Comité Neerlandais contre la Charlatanerie.

J. M. Van Elk,
secrétaire.

Comme le dévoué secrétaire général de l'*Office d'exercice illégal*, M. le Dr Levassort, nous croyons impossible que l'*Office* ne se fasse pas représenter au rendez-vous international ci-dessus. Faut-il attendre de celui-ci des résultats immédiats? Sous prétexte qu'ils ne se produiront pas de suite convient-il de s'abstenir ? Aux deux questions nous répondons ; Non. Et comme notre confrère Levassort est le plus qualifié pour nous représenter, nous lui serions reconnaissants de se dévouer une fois de plus pour la cause dont il fut le plus ardent protagoniste.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Le mouvement syndical en Province.

Le Syndicat médical d'Alençon. — L'extension prochaine de la loi sur les accidents du travail aux ouvriers agricoles. — Singulières prétentions de la Société des Agriculteurs de France. — Nécessité urgente de former des groupements médicaux ruraux.

—

Le mouvement syndical s'étend chaque jour en province ; il n'est pas de semaine depuis le Congrès des praticiens où nous n'ayons reçu des demandes de renseignements émanant de confrères désirant créer un syndicat. Nous apprenons bien en même temps que tel de nos Syndicats affiliés, jadis prospère, s'assoupit et tombe en état de mort apparente ; nous recevons bien aussi, et trop souvent, la nouvelle que les tentatives de tel zélé confrère, pour grouper les praticiens d'une région, ont complètement échoué parce que les docteurs A. B. C. et D. ne veulent pas faire partie d'une société qui accepterait les docteurs X. Y. et Z. Mais nous nous consolons de ces insuccès. Nous savons bien que ce qui échoue aujourd'hui réussira demain. Les démarches et le zèle de nos collaborateurs ne sont jamais absolument perdus. Qu'il survienne un incident où les docteurs A. et X. soient sacrifiés, il se souviendront qu'il est possible de se syndiquer pour se défendre, et le groupe A. B. C. D. n'aura alors aucune hésitation à s'entendre avec X, Y. et Z. Nous ne perdons rien à jeter largement dans le corps médical la bonne semence syndicale ; si la moisson n'est pas constamment le résultat acquis, il se produit toujours une germination d'idées qui modifie le terrain et prépare pour l'avenir d'excellentes cultures.

Nous avons annoncé dans notre dernier *Bulle-*

lin que le 30 juin avait été fêtée la fondation du Syndicat médical d'Alençon. Cette cérémonie fut toute confraternelle et toute intime, mais elle mérite d'être relatée avec quelques détails. Alençon servira d'exemple et nous espérons avant peu voir le mouvement syndical s'étendre dans l'Orne et dans les régions voisines. Le département de l'Orne ne fut-il pas un des berceaux des syndicats médicaux de France ? Pouvons-nous oublier que ce fut un jugement du Tribunal de Domfront qui, en 1885, refusa aux médecins le droit de bénéficier de la loi sur les syndicats professionnels, droit que la loi de 1892 reconnut catégoriquement ?

L'Union des Syndicats médicaux avait été invitée à se faire représenter à la fête d'Alençon. Elle délégua son président, M. le Dr Gairal et son secrétaire général, M. le Dr Noir ; deux autres membres du Conseil de l'Union, M. le Dr Diverneresse et M. le Dr G. Levassort assistèrent à la cérémonie, le premier comme représentant le *Concours Médical*, le second comme président du Syndicat médical voisin de Mortagne.

Le Syndicat médical d'Alençon s'est fondé grâce aux démarches et à l'initiative de M. le Dr Triboul, de Saint-Denis-sur-Sarthon. Il comprend tous les médecins de l'arrondissement moins un et plusieurs médecins d'arrondissements limitrophes. Encore le défaillant, excellent confrère, ennemi par principe de tout groupement syndical, n'a pas hésité à venir au banquet fêter avec tous les praticiens de la région, la création de la nouvelle association professionnelle. Du reste, M. le Dr Chamblay, d'Alençon, la préside avec une grande autorité, et son secrétaire général, M. le docteur Mommey, de Sées, déploie une activité et fait montre d'un sens pratique qui font bien présumer de l'avenir du nouveau Syndicat.

Les délégués de l'Union eurent l'honneur d'être admis à prendre part à l'Assemblée générale qui se tint dans une salle de l'Hôtel de Ville. A cette séance on traita surtout de questions locales et il fut décidé que les questions d'ordre général seraient développées à la fin du banquet.

Ce banquet fut brillant et compta de nombreux convives. Admirablement servi à l'Hôtel de France, il légitima en tous points les éloges qui furent adressés à ses organisateurs.

Au dessert, M. le Dr Chamblay, président, en un discours plein de justesse et d'à-propos, félicita ses confrères d'avoir concouru à la formation du Syndicat et souhaita la bienvenue aux délégués de l'Union, du *Concours Médical* et du Syndicat de Mortagne. M. le Dr Gairal, président de l'Union, répondit par une improvisation avec son éloquence habituelle et M. le Dr G. Levassort, apportant aux praticiens d'Alençon les sympathies du Syndicat voisin de Mortagne et les assurant de son concours, rappela que le Syndicat de Mortagne existait depuis plus de vingt-cinq ans, qu'il fut un des premiers fondés en France et qu'après cette longue carrière, il était doué d'une cohésion et d'une activité qu'il souhaitait au nouveau syndicat de l'arrondissement d'Alençon.

La parole fut alors donnée au Dr Noir pour exposer brièvement aux convives l'*histoire des Syndicats médicaux et le rôle que ces derniers pouvaient jouer dans le présent et l'avenir.*

Le Dr Noir s'excusa de servir une sorte de conférence à la fin d'un aussi succulent banquet, portant plus à de joyeux propos qu'à de sérieuses conversations, mais il ne tarda pas à s'apercevoir, à l'attention des auditeurs, que le sujet les intéressait vivement ; aussi ne craignit-il pas d'abuser de la bienveillance de ses confrères. Il retraça l'histoire de la profession médicale depuis la fondation du *Concours Médical* par Cézilly, en 1879.

Il rappela l'idée féconde de Marguerite, du Havre, de grouper les médecins en syndicats, la réalisation de cette idée, il y a vingt-six ans, par Mignen, de Montaigu, qui trouva de nombreux imitateurs, notamment dans l'Orne, à Mortagne. Il fit remarquer, en passant, que les Syndicats médicaux s'organisèrent deux ans avant que Waldeck-Rousseau fit voter la loi sur les syndicats professionnels, Il montra le développement rapide des syndicats, qui, guidés par la nouvelle loi, se fédérèrent aussitôt, formant l'Union des Syndicats médicaux de France. Puis vinrent le jugement de Domfront, l'arrêt de la Cour de Caen, enlevant aux syndicats médicaux les bénéfices de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels. Ce ne fut pas la mort de nos groupements, ni de leur Union, mais l'arrêt de leur essort. Il fallut attendre le vote de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, en 1893, pour donner aux syndicats médicaux une existence légale : depuis, ils se sont développés, surtout lorsque la discussion ou l'application d'une loi, lorsque les formations de services médicaux de collectivités sont venus menacer l'indépendance et les intérêts des médecins praticiens. Faut-il citer l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, celle des accidents du travail, celle de la protection de la santé publique, celle de l'assistance aux vieillards et aux infirmes, sans parler de l'application de la loi Roussel pour la protection des enfants en bas âge.

L'œuvre des Syndicats groupés et unis a rendu de signalés services à la profession médicale.

M. Noir a rappelé le procès épique contre les magnétiseurs suivi jusqu'en Cassation et définitivement gagné. Il a montré comment avec l'aide des Syndicats, l'on a pu dans nombre de départements organiser d'une façon utile et pratique l'Assistance médicale gratuite, des services sanitaires, tels que les vaccinations. Il a résumé la campagne faite pour obtenir le libre choix du médecin avec un tarif d'honoraires suffisants dans les accidents du travail et a rendu hommage au Dr Diverneresse dont la seule énergie et le dévouement poussé jusqu'au sacrifice de ses relations et de ses propres intérêts, ont triomphé dans une lutte où une petite partie trop égoïste du corps médical avait combattu violemment contre les intérêts généraux des praticiens.

Le Dr Noir montre tout l'avantage que les médecins ont à concilier, à identifier leurs propres intérêts avec l'intérêt public et comment petit à petit le libre choix du médecin par le malade, la liberté de confiance, sont devenus la plate-forme de la lutte professionnelle. L'application de ce principe, qui s'étend dans les services d'Assistance médicale gratuite et dans les Mutualités, qui est légalement reconnu pour les accidents du travail, empêchera le médecin de tomber dans le fonctionnarisme ou de devenir un salarié et par conséquent sera la sauvegarde de cette indépendance, si chère aux médecins que certains, par crainte de la perdre, refusent d'adhérer à un Syn-

dicat. M. Noir fait justice de cette prétendue tyrannie syndicale qui consiste en une entente librement consentie par tous, pour défendre la dignité et l'indépendance de chacun.

Le secrétaire général de l'Union a montré ensuite avec quelle facilité on pouvait constituer un Syndicat médical.

La loi de 1884 exige une déclaration à la mairie, le choix d'un siège social, le dépôt des statuts et la liste des membres du Conseil d'administration, membres qui doivent être français et jouir de leurs droits civils. Les Syndicats peuvent admettre les étrangers. La loi de 1884 donne aux Syndicats la personnalité civile, mais l'article 13 de la loi sur l'exercice de la médecine restreint cette personnalité pour les Syndicats médicaux qui ne peuvent agir contre l'État, les départements et les communes. M. Noir montre la bizarrerie et l'inutilité de cette restriction. A tout instant, les Syndicats traitent avec les pouvoirs publics et dans le Lot-et-Garonne, le Conseil général et l'Administration préfectorale ont signé un traité avec le Syndicat, versant dans une Caisse de retraites le prix d'un forfait en vertu duquel les membres du Syndicat assurent le service de l'Assistance médicale.

Outre la répression de l'exercice illégal de la médecine et le droit de défense et de coalition, les Syndicats médicaux, en vertu de la loi de 1884, peuvent être officiellement consultés sur ce qui concerne leur profession. C'est ainsi que dans certains bureaux d'hygiène, le Syndicat médical de la ville est officiellement représenté.

Les Syndicats médicaux peuvent posséder, mais seulement en fait d'immeubles, ceux nécessaires à leurs réunions, à leurs bibliothèques et à leur enseignement professionnel. Un syndicat médical pourrait donc légalement posséder un hôpital et créer une école de médecine.

Certains syndicats médicaux ont du reste fondé des instituts radiographiques qui rendent les plus grands services à leurs membres.

Les syndicats peuvent encore fonder des caisses de retraites, des œuvres de bienfaisance et de mutualité.

Le Secrétaire général de l'Union termine en saluant l'avenir des syndicats médicaux qui, de mieux en mieux organisés, de plus en plus unis, aideront le médecin à remplir dignement le rôle de plus en plus étendu que lui impose chaque jour l'évolution actuelle de la société. Il faut voir dans le Syndicat un instrument précieux de défense pour empêcher le médecin de tomber par le fonctionnarisme et le salariat dans la servitude et le prolétariat.

M. le Dr Diverneresse a pris ensuite la parole et a montré la nécessité pour les médecins de sacrifier des sommes plus importantes à leur propre défense, il voudrait que chaque médecin fît partie de son syndicat, de la société de secours mutuels et du Sou médical qui soutient au nom de ses adhérents tous les procès intéressants et coûteux.

Le Dr Triboul s'étonne que toutes les œuvres médicales ne soient pas fondues en une seule très bien organisée et très puissante.

M. Noir réplique que cette unification est un rêve qu'il voudrait bien voir réaliser, mais qu'un progrès sérieux a été fait dans cette voie. Il n'y a pas très longtemps une guerre sourde régnait entre les diverses associations professionnelles. Actuellement, grâce à la bonne volonté de tous, la paix règne entre elles. C'est même plus que la paix, c'est l'entente cordiale, l'entente absolue. L'Association des médecins de France, le Concours médical, le Sou médical, l'Union des Syndicats médicaux de France marchent d'accord et se concertent, apportant chacun leur participation effective à la défense professionnelle. Nous l'avons vu pour le Congrès des praticiens. Nous l'avons vu quand s'est organisée sous la présidence de M. Loubet une commission mixte avec la Fédération nationale de la mutualité pour chercher un remède au conflit médico-mutualiste.

M. Noir croit qu'il ne faut pas demander l'impossible, la fusion brusque ne peut actuellement s'effectuer entre les diverses sociétés, mais il espère que par un accord de plus en plus intime on arrivera à la rendre un jour facile et M. Noir appelle ce jour heureux pour le corps médical de tous ses vœux.

—

La fête d'Alençon aura, nous l'espérons, une répercussion dans le corps médical de toute cette région. En tout cas la belle unanimité des médecins d'Alençon est un exemple qui devrait être suivi.

Certains confrères de régions purement agricoles nous ont fait remarquer qu'ils éprouvaient moins le besoin de se syndiquer que les médecins de très grandes villes et des régions industrielles.

Chez eux les collectivités sont moins puissantes et la loi sur les accidents du travail n'est guère appliquée, du moins pour le moment. L'arrondissement d'Alençon est une région presque exclusivement agricole et les médecins praticiens de cette région ont compris cependant la nécessité de s'unir, ils l'ont fait et ont bien fait.

Les dangers qui menacent les praticiens naissent partout et de toute part, il faut tenir tête à nos adversaires, même et surtout actuellement dans les régions agricoles. En voici une preuve;

Il nous est tombé entre les mains le *Bulletin du Syndicat des Agriculteurs de Gien* de mars 1907 ; notre attention a été attirée par un article sur les *Accidents du Travail Agricole*. Cet article, signé de M. E. Rousselle, est emprunté au *Bulletin de la Société des Agriculteurs de France*. Dans cet article est l'énumération des vœux émis par le Conseil de la Société des Agriculteurs de France, vœux qui ont été portés par une délégation à la commission parlementaire qui s'occupe de l'extension aux ouvriers agricoles de la loi sur les accidents du travail. Le 6e vœu est ainsi conçu :

Que la loi règle de la façon la plus précise, les conditions du concours OBLIGATOIRE *des médecins et fixe leurs honoraires et le prix des fournitures pharmaceutiques à un taux* RÉDUIT, *que justifient, d'une part, la situation intéressante de la plupart des assujettis, et, d'autre part, la garantie donnée au Corps médical pour le recouvrement de ses honoraires.*

Et plus loin, commentant ce vœu qui montre jusqu'à quel degré s'élève l'inconscience de certaines personnes lorsque leur intérêt pécuniaire est en jeu, l'auteur de l'article écrit :

« *L'article* 11 *de la loi de* 1898 *prescrit que la déclaration de tout accident du travail doit être faite au maire de la commune, dans les* 48 *heures de l'accident et qu'elle doit être accompagnée d'un certifi-*

cat de médecin. Cette clause implique que, dans les quarante-huit heures de l'accident, un médecin a été appelé, qu'il a visité la victime et qu'il a établi un rapport sur l'état de ladite victime. Or, dans l'état actuel de notre législation, rien n'oblige un médecin à remplir cette mission. Les médecins qui exercent leur profession dans nos campagnes montrent, pour la plupart, le plus grand dévouement ; mais ils sont peu nombreux et ont souvent de vastes régions à parcourir. Sans mettre en doute leur désir de faire face à tous les besoins, il n'est pas téméraire d'envisager le cas où l'employeur, ou les parents d'un ouvrier blessé ne pourront, dans le délai légal, obtenir le concours d'un médecin. Cette difficulté n'a pas été soulevée dans l'application de la loi de 1898 à l'industrie, parce que l'industrie entraîne presque toujours l'agglomération urbaine et, par conséquent, possède beaucoup de facilités pour l'organisation d'un service médical. Mais en face d'une situation spéciale comme celle de l'agriculture, il faut que la loi prenne des mesures spéciales et assure aux exploitants le concours médical dont ils ont besoin. Comment la loi peut-elle rendre obligatoire ce concours des médecins ? La question est complexe et délicate ; cependant, il semble que la loi pourrait imposer cette charge aux membres du corps médical qui, d'autre part, sont titulaires de certaines fonctions officielles et bénéficient des privilèges qui y sont attachés.

En outre du concours obligatoire des médecins, il est nécessaire que la loi fixe le taux des honoraires et des frais pharmaceutiques : c'est la garantie indispensable contre les abus possibles. Ni le corps médical, ni les pharmaciens ne sauraient s'en plaindre : ils reçoivent, en retour, une sécurité absolue pour le recouvrement de leurs honoraires et mémoires. »

Cette façon de concevoir la liberté, de la part des Agriculteurs de France, est un peu naïve ; l'agriculture en France est souvent retardataire et la montre de certains de ses adeptes retarde de plus d'un siècle, nous savons cela. Nous sommes loin de redouter l'adoption par le Parlement, de vœux aussi réactionnaires, nous allions dire grossièrement retardataires ; mais ces vœux ont pu se produire, il y a des gens qui ont osé les porter à une commission parlementaire. Cela prouve jusqu'où va l'audace de ceux qui désirent exploiter les praticiens, et pour combattre ces gens-là, il n'y aura jamais assez de syndicats médicaux en France. J. Noir.

(*Bull. de l'Union des Synd. méd.*)

CORRESPONDANCE

Pour la révision du tarif Dubief.

Cher et très honoré confrère,

Ainsi que je l'ai vu dans le *Concours médical*, le tarif spécial des honoraires médicaux prévu par la loi accidents de 1905 doit être révisé en 1907, et, si je ne me trompe, au *cours de ce mois de septembre*.

Je fais partie du syndicat de l'Oise et ne suis qu'un simple médecin de campagne, mais permettez-moi de formuler le vœu que le 3e paragraphe de l'article 1er soit supprimé et de demander aux délégués des syndicats médicaux à la commission du tarif accidents du travail qu'ils fassent tous leurs efforts pour que le prix de la visite ne soit pas inférieur à 2 fr. dans les localités de moins de 5.000 habitants, c'est-à-dire dans les petites villes et dans tous les villages de France. La liste des communes de moins de 5.000 habitants dont les médecins ont adressé par l'intermédiaire des syndicats ou sociétés locales des demandes d'exception (relèvement des prix du tarif), prévues par le 2o des paragraphes 2 et 3 de l'article 1er, a paru au *Journal officiel*

Combien peu de communes comprend-elle, et surtout combien peu de villages !

A L.... .. et dans les localités environnantes, le prix courant de la visite pour les ouvriers n'a jamais été antérieurement à 1901 inférieur à 2 fr., mais je n'ai pu en conscience en fournir la preuve en temps voulu, c'est-à-dire pour le 1er décembre 1905, mon syndicat ne m'ayant tenu au courant de la chose que 8 jours à peine avant cette date et la plupart des maires voulant en référer aux conseils municipaux ou renvoyant le pauvre médecin aux conseillers municipaux avant d'engager leur signature.

Les Cies d'assurances, il me semble, ne devraient pas rémunérer moins que des ouvriers les visites des médecins de campagne. C'est cependant ce qui a lieu.

J'ai saisi le président du syndicat de l'anomalie et de l'injustice et l'ai prié de soumettre la question à l'ordre du jour de la prochaine réunion. Si tous les syndicats expriment leurs desiderata à ce sujet et se donnaient la peine de formuler leurs revendications sur ce point comme sur d'autres, ne pensez-vous pas que le corps médical aurait vite gain de cause ?

Je vous serais très obligé de vouloir bien m'accuser réception de cette lettre et de me dire ce que vous en pensez. Escomptez-vous une majoration de 0 fr. 50 sur le précédent tarif ?

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes plus distingués et mes plus respectueux sentiments,

Docteur G. à L. (O.)

Membre du « Sou » et du Patronage.

Réponse. — Votre demande sur ce point particulier est en accord avec celle de l'unanimité des syndicats médicaux.

En possession aujourd'hui de toutes leurs observations ainsi que de celles du *Comité de vigilance du Congrès des praticiens* nous retrouvons d'ailleurs cette même unanimité sur les points suivants :

1o Application d'un prix uniforme à la consultation au cabinet et à la visite faite dans la résidence à moins d'un kilomètre ;

2o Fixation de ce prix au minimum de 2 fr. sauf dans les grandes villes où il serait de 2 fr. 50 ;

3o Application de l'indemnité kilométrique à la distance qui sépare la maison du médecin de celle où il soigne son blessé, dans la commune ou hors de celle-ci et sans réduction sous le prétexte (inexistant) de visite de passage ;

4o Fixation du chiffre de cette indemnité à 0 fr. 30, 0 fr. 50, 0 fr. 75 ou 1 franc. par kilomètre parcouru suivant la difficulté des communications dans le département, difficulté attestée par les prix régionaux du service d'assistance médicale gratuite ;

5o Le prix de 5 fr. à rétablir pour tous les certificats, parce que tous engagent la responsabilité du signataire ;

6o Application d'un honoraire minimum de ? ..... au médecin choisi par le blessé quand il assiste à une expertise où se discute l'état et les intérêts de celui-ci;

7o Détermination des honoraires des spécialistes, après accord avec les représentants de leurs syndicats ;

8° Maintien provisoire pendant deux ans des autres dispositions en comblant les lacunes reconnues.

Un mode d'assistance par le travail pour les veuves des médecins.

Très honoré confrère,

En présence de la crise que le corps médical traverse, en face de l'indifférence des pouvoirs publics pour une catégorie de citoyens qui sacrifient journellement leur vie pour porter secours à leurs semblables, j'estime que les membres de la Famille médicale doivent, s'appuyant sur la loi et le droit, chercher le moyen de permettre à la veuve du praticien, qui n'a pas pu ou su faire fortune, de gagner dignement sa vie et celle des mineurs que le défunt peut avoir laissés sans fortune et quelquefois dans la misère.

Aide-toi, le ciel t'aidera. Comptons sur nous, chers confrères, que l'exemple des viticulteurs du Midi nous serve de leçon. Pas d'agitation stérile ou nuisible, mais des actes bien réfléchis.

Il vient de se créer rue de Surène, 5, à Paris, un Comité de dames patronnesses, dont le rôle est de trouver un emploi qui permette à la veuve d'un confrère décédé sans fortune, de faire face aux besoins de l'existence.

Le Gouvernement a trouvé les bureaux de tabac pour les veuves des anciens serviteurs de la Patrie ; marchant sur les traces du gouvernement, la Famille médicale peut mettre à la disposition des veuves de confrères restées sans fortune, ou des éclopés de la profession, de ceux qui, vaincus par la maladie, et ayant de lourdes charges, ne peuvent plus servir une clientèle, une situation leur permettant de se procurer honorablement le nécessaire à la vie et d'être encore utiles au corps médical et à la société.

Je viens à cet effet d'adresser au Comité desdames patronnesses un projet qui permettrait, j'en ai la conviction, aux déshérités de la Famille médicale, de faire bonne figure dans le monde, après le départ prématuré du chef.

Voici le projet dans toute sa simplicité. Au fur et à mesure des besoins, faciliter dans chaque ville de France la création d'une salle de vente de produits alimentaires hygiéniques sur le modèle de celle que ma femme vient d'ouvrir à Montpellier, avec l'appui de nos confrères de la ville et des environs.

Produits diététiques avec dépôt exclusif pour la ville désignée et dont la nomenclature varie suivant la région.

Ici, à Montpellier, nous avons le dépôt exclusif des produits *Fovrichon*, si hautement appréciés par le corps médical, et des produits *Bénédictus* pour les nourrissons et les dyspeptiques, les produits *Fougeron* pour les diabétiques, la farine lactée de *Nestlé*, le miel du Tarn du Dr Thadée, les pruneaux d'Agen du Dr Bazy de Saint-Livrade, etc... et les produits alimentaires de la coopérative de la *Famille médicale*.

Tous les membres du corps médical peuvent recommander ces produits dans l'intérêt de ceux qui souffrent et tout en rendant service à leurs clients, ils font acte de solidarité confraternelle. Ce sont, en même temps, des dépôts tout désignés pour les produits diététiques et eaux minérales.

Notre sympathique confrère du *Concours médical*, le Dr Blache, *trésorier de l'A. G. des médecins de France* m'écrit : « Je ne manquerai pas de soumettre votre projet à mes collègues et au comité des Dames. »

Que chacun apporte sa pierre à l'édifice, et le Comité des dames patronnesses pourra faire œuvre utile avec un peu de solidarité confraternelle.

Veuillez agréer, très honoré confrère, mes confraternelles salutations.

Dr Cancel.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès des Praticiens. — *Ordre du jour de l'Assemblée Générale du 17 juillet* 1907. — La Commission permanente du Congrès des Praticiens.

Considérant que le recrutement des professeurs des sciences fondamentales dans un corps uniquement enseignant, et que l'échange des professeurs entre les diverses Facultés de Médecine de France constituent deux desiderata acceptés par le Congrès des Praticiens, faisant abstraction de toute question de personne, félicite le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris d'avoir choisi comme professeurs d'anatomie et d'histologie des maîtres s'engageant à se consacrer à leur enseignement en dehors de toute clientèle ;

Regrette l'opposition faite par le Conseil supérieur de l'Instruction Publique à cette réforme unanimement réclamée par le Corps médical, dont la compétence en pareille matière ne saurait être méconnue.

Signé : Docteurs Lande, *Président* ; Leredde ; Gouffier ; Bazot ; Regnault ; Dupont ; Motais ; Le Fur ; Belot ; Lacroix ; Quidet ; Barbarin ; Tissier ; Guy ; Dubost ; Lafontaine ; Monprofit ; Dreyfus.

La radiographie aux médecins. — Sur la proposition de MM. Guillemonat et Levassort, le Syndicat de la Seine a résolu de se mettre en travers de toutes les prétentions à confier la radiographie à des non médecins, dans les hôpitaux de Paris.

Il serait surprenant, en effet, de voir l'Administration organiser ainsi, avec cynisme, l'exercice illégal de la médecine, et d'ailleurs la fameuse proposition Sollerne méritait pas d'autre réponse de la part d'un syndicat.

Faculté et Hôpitaux

Le cours clinique et pratique de manœuvres techniques de diagnostic médical commencera le lundi 16 septembre 1907 (matin) et comportera 24 leçons faites, le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique Laënnec sous la direction du Prof. Landouzy, de MM. Marcel Labbé et Léon Bernard. Les droits à verser sont de 100 francs pour 12 jours de cours. On s'inscrit jusqu'au 16 septembre au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur Maricourt, de Verberie (Oise), membre du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vingt-neuvième année N° 38 Dimanche 22 SEPTEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La Coupe du Syndicalisme médical. Le syndicat médical de St-Mandé.

Un nouveau type de Syndicat Médical à 27 francs de cotisation.

Jusqu'à ce jour le syndicat médical de Versailles était le modèle le plus parfait des syndicats médicaux. Ses statuts étaient demandés par tous les groupes de médecins qui désiraient fonder un syndicat. C'étaient ces statuts qui servaient de substratum aux règles des jeunes syndicats qui éprouvaient le besoin de se rajeunir.

Le syndicat de Versailles a fait école. Pour son grand honneur, de l'école syndicale versaillaise est sorti un nouveau syndicat plus perfectionné qui a fait un étage de plus vers le syndicat idéal, vers la démocratisation des syndicats médicaux.

C'est le nouveau syndicat médical de Saint-Mandé qui a fait ce pas en avant, c'est lui qui sera dorénavant, nous l'espérons, le modèle de tous les syndicats.

Il se distingue des autres syndicats par deux caractères nouveaux très spéciaux :

1° Il n'a pas de président ;

2° La cotisation de ses membres est de vingt-sept francs (27 fr.), art. 10 des statuts :

Cinq francs pour les besoins locaux du syndicat ;

Vingt francs pour l'affiliation obligatoire de chacun de ses membres au Sou médical ;

Deux francs pour l'affiliation du syndicat à l'Union des syndicats médicaux de France.

Nous donnons ici le texte complet de ses statuts. Mais nous croyons utile de donner d'abord un compte-rendu sommaire de la discussion qui a précédé le vote de ces statuts.

En juillet 1907 sur 14 médecins exerçant à Saint-Mandé, douze confrères s'étaient réunis dans une salle de la Mairie. M. le Dr Moussou-Lanauze donnait lecture d'un projet de statuts inspiré par les statuts du syndicat médical de Versailles.

On arrive à l'article 10 : cotisations-amendes. Un confrère propose de fixer comme dans la plupart des syndicats de province la cotisation à cinq francs.

Un autre confrère prend la parole. Il fait remarquer que cette somme est à la rigueur suffisante pour les frais d'administration d'un petit syndicat. Mais il fait remarquer qu'avec une pareille somme, il sera impossible de créer des ressources et qu'à la moindre petite affaire, nous serons incapables de venir en aide à un des co-syndiqués injustement attaqués.

Dans ces conditions le nouveau syndicat serait voué à l'impuissance et par suite condamné à la mort ou à traîner péniblement une chétive existence.

Il fait encore observer que les ouvriers syndiqués versent en moyenne 40 fr. par an à leur syndicat pour la défense de leurs intérêts, que les mutualistes eux-mêmes versent 2 fr. par mois, 24 francs par an pour former ces syndicats de malades qui oppriment les médecins ; que chaque médecin paye au minimum 30 fr. pour s'assurer contre l'incendie et que cependant il a moins de chances d'être incendié que d'être lésé dans le cours de sa carrière par les administrations, les Cies d'assurances, les mutualités et les gros usiniers.

Un syndicat médical pour atteindre le but qu'il se propose doit donc, dès le début, posséder pour se défendre « le nerf de la guerre » c'est-à-dire une caisse solide. Or, cette caisse existe, elle a déjà fait ses preuves. Elle est allée jusqu'en cassation pour obtenir le recouvrement d'une note de 200 francs qu'un mauvais jugement d'appel refusait à un médecin ; elle a dépensé plusieurs billets de mille francs, pour faire casser un arrêté préfectoral qui privait illégalement un médecin du droit de faire partie du service de l'Assistance médicale gratuite ; en ce moment elle conduit jusque devant le tribunal des conflits un maire qui a pris une décision injuste envers un médecin affilié au Sou médical.

Convaincu par ses arguments l'Assemblée décida à l'unanimité qu'à la cotisation de 5 fr. pour les besoins locaux du syndicat, on ajouterait la somme de vingt francs pour permettre au secrétaire *d'affilier d'office* chaque membre du syndicat au « Sou médical ».

Un autre confrère fit remarquer que si nous nous trouvions en possession d'une caisse assez puissante pour résister victorieusement à d'injustes attaques, nous ne devions pas oublier que d'autres syndicats en grand nombre s'imposent une taxe de 2 fr. par membre pour affilier leurs membres à l'Union des syndicats médicaux de France, ce qui permet à l'Union de vivre et d'agir dans l'intérêt de tous les syndicats et de tous les médecins.

Si donc, dit-il, nous et notre syndicat, nous bénéficions des avantages qu'obtient pour le corps médical, l'Union des syndicats médicaux, ce serait vouloir vivre en parasite du corps médical que de ne pas participer aux frais de l'Union dans l'intérêt de tous les médecins ; il nous faut donc encore ajouter aux deux précédentes cotisations une cotisation de 2 fr.

Ce qui fut également accepté à l'unanimité. Ainsi fut créée la cotisation de vingt-sept francs.

La discussion suit son cours et on arrive à l'article 16 : Administration, Bureau et Conseil.

On propose comme pour tous les bureaux de syndicats ou de sociétés médicales un président, naturellement.

Mais un confrère observe que celui qui serait désigné comme président pourrait aux yeux de la clientèle passer pour un médecin supérieur aux autres ; que ces fonctions de président pourraient peut-être dans l'avenir flatter la vanité possible de plusieurs confrères, et que ce titre pourrait devenir ainsi « une pomme de discorde ».

On s'aperçoit alors que les syndicats ouvriers qui font preuve d'une si puissante vitalité, se sont avec soin débarrassé de ce poids mort qu'est le président. Chez eux en effet à chaque réunion on choisit à tour de rôle un des membres présents qui pour une seule séance dirige les débats, et la prospérité du syndicat est loin de souffrir de ce mode d'administration.

Les médecins de Saint-Mandé décident donc qu'il en serait ainsi dans leur syndicat, que le titre et les fonctions de président seraient supprimés (art. 20) que chaque fois que le syndicat devrait se faire représenter, il déléguerait celui de ses membres qui lui paraîtrait le mieux désigné pour remplir la mission jugée nécessaire.

Le bureau devait donc comprendre seulement :
Un secrétaire,
Un archiviste,
Un trésorier.

Mais on fit encore remarquer que, dans l'intérêt du syndicat, il fallait faire passer par l'administration le plus grand nombre possible des membres du syndicat, ce qui permettrait à tous de juger des difficultés de l'Administration, qu'il était également prudent de ne pas laisser les mêmes personnalités s'éterniser dans le bureau pour que le syndicat ne paraisse pas être une petite chapelle ou le syndicat de quelques-uns.

On décida donc que les membres du bureau ne pourraient jamais conserver leurs fonctions pendant plus de deux années consécutives, et qu'ils seraient remplacés par d'autres confrères.

Cette manière de procéder présentait tous les avantages et supprimait tous les dangers que nous venons de signaler.

Mais elle présentait un grave inconvénient, c'est que tous les deux ans, le bureau suivant les hasards d'un vote pourrait être composé de confrères n'étant point du tout au courant des affaires. Pour éviter ce danger il fut décidé que chaque membre du bureau serait doublé d'un adjoint, et que tous les deux ans les adjoints prendraient statutairement les postes des titulaires qu'ils avaient secondés pendant qu'ils étaient en fonctions. De sorte que tous les deux ans l'assemblée générale nomme non pas le secrétaire, l'archiviste et le trésorier, mais seulement le secrétaire adjoint, l'archiviste adjoint, et le trésorier adjoint, les anciens adjoints passant de droit titulaires.

Ainsi fut constitué le syndicat médical de Saint-Mandé. Il est important de noter que ce syndicat n'est pas seulement en projet, mais qu'il est définitivement constitué, que toutes les cotisations de vingt-sept francs ont été payées au trésorier du syndicat, que le trésorier à son tour a versé au Sou médical et à l'Union des syndicats médicaux de France les cotisations prévues par les règlements.

Et maintenant le syndicat médical de Saint-Mandé est-il le dernier mot du syndicalisme médical, en réalise-t-il l'idéal? Nous répondons non, pas encore complètement.

Pour que cet idéal soit à peu près atteint, il faudrait qu'en plus de cette prime de vingt-sept francs tout médecin syndiqué verse encore au trésorier de son syndicat :

1° Une prime d'environ 59 francs pour assurances contre la maladie ;

2° Une prime d'environ 110 fr. pour la retraite;

3° Une prime d'environ 40 fr. pour contre-assurance de la retraite, ce qui permettrait en cas de mort du médecin, de rembourser à sa veuve toutes les primes versées par le confrère qui mourrait avant l'âge de la retraite.

C'est qu'en effet lorsque l'on parle à un jeune médecin de payer une prime pour s'assurer une

retraite pour ses vieux jours, il vous répond : en payant cette prime je fais acte d'égoïsme, car pour m'assurer une retraite je prive chaque année ma femme et mes enfants d'une somme qui leur serait utile et qui sera perdue pour eux.

Il est facile de répondre à cette objection en lui faisant remarquer :

Que l'argent de ces primes ne sera pas perdu pour sa famille puisqu'en payant une légère prime (30 fr.) de contre assurance, sa veuve rentrera en possession de toutes les primes qui auront été versées, si le médecin meurt avant l'âge de la retraite.

Si le médecin au contraire arrive à l'âge de la retraite et qu'il en jouisse, non seulement les primes versées ne profiteront pas exclusivement au médecin, mais elles profiteront doublement à son épouse qui les partagera avec lui et aussi à ses enfants. En effet si le médecin ayant une retraite de 1.200 fr. dont il a besoin pour vivre, et pour laquelle il a payé 149 fr., pendant 35 ans (soit un total de 5.220) ne s'était pas assuré cette retraite, il serait obligé d'immobiliser 40.000 francs environ pour avoir un revenu de 1.200 fr. équivalant à la retraite qui l'aide à vivre. Tandis que s'il a sa retraite de 1,200, il peut distribuer à ses enfants pour les doter ou les faciliter, la somme de 40.000 francs qu'il aurait dû conserver pour avoir les 1.200 de revenus dont il a besoin pour vivre sans exercer sa profession.

Tout cela est fort beau direz-vous, mais vous demanderez au médecin de verser annuellement pour toutes ces œuvres de défense et de prévoyance l'énorme somme de 236 fr., et beaucoup de médecins ne peuvent pas le faire.

Je répondrai, si, tous peuvent le faire s'ils voulaient ne pas faire la charité aux mutualistes qui ont aujourd'hui 1/2 milliard de réserves, et si pour assurer la sécurité de leur famille et de leurs vieux jours, ils sacrifiaient moins à leur vanité en s'abstenant de faire de la médecine gratuite, en échange de vains rubans multicolores et bien démodés aujourd'hui aux yeux même des campagnards.

Oui chaque médecin devrait verser au trésorier de son syndicat la somme de 236 francs. Le trésorier se chargerait de l'inscrire d'office au Sou médical, à l'Amicale maladie, à la Caisse de retraite du Concours médical. Alors le syndicat pourrait les défendre contre tous ses ennemis : Mutualités, Cies d'assurances, maire, préfet, maladie, vieillesse.

Le syndicat médical de Saint-Mandé tient jusqu'à ce jour le record dans cette voie.

Quel est le syndicat qui va lui enlever la coupe?

Syndicat Médical de St-Mandé et environs

Siège social : 3 bis, Place de la Tourelle, St-Mandé.

Titre Ier. — *But.*

Art. Ier. — Sous le bénéfice : 1° de la loi du 21 mars 1884, relative aux syndicats professionnels;

2° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

3° Des articles 1142 et suivants du code civil, sur les obligations et les sanctions (1), il est constitué entre les médecins qui ont adhéré par signature aux présents statuts, une Société syndicale, dite Syndicat médical de Saint-Mandé et environs.

Ce syndicat sera déclaré conformément à la loi.

Art. 2. — Le syndicat fixe son siège au domicile du secrétaire. Ce siège peut être changé par décision du conseil d'administration.

Art. 3. — Le syndicat a pour but :

1° Entretenir entre ses membres des relations de bonne confraternité et de saine déontologie.

2° Les soustraire à l'exploitation des mauvais clients ;

3° Lutter contre la mainmise des collectivités (Cies d'assurances, mutualités, etc.) sur le corps médical.

4° Faire toute œuvre utile tendant à la défense des intérêts matériels et moraux de la profession médicale.

Titre II. — *Admission.*

Art. 4. — Peuvent faire partie du Syndicat toutes personnes munies du diplôme français de docteur en médecine, enregistré, et exerçant effectivement dans la commune de Saint-Mandé et environs, depuis au moins six mois.

Art. 5. — Toute personne répondant aux conditions de l'art. 4, et désirant faire partie du syndicat, adresse, à cet effet, une demande au secrétaire, qui la soumet au plus prochain conseil ; cette demande est appuyée par deux syndiqués.

Art. 6. — Le conseil, saisi de la candidature nomme un rapporteur, qui dans la huitaine, adresse son rapport au secrétaire. Le conseil vote sur l'admissibilité. Une candidature ne pourra être repoussée qu'après audition des parrains.

Art. 7. — Tout candidat, provisoirement repoussé par le conseil, verra sa candidature soumise à l'appréciation des syndiqués, réunis en assemblée. Toute candidature définitivement rejetée ne peut faire appel, soit devant l'assemblée générale, soit devant aucun tribunal.

Une nouvelle demande d'admission ne pourra être formulée qu'un an après la demande repoussée.

Art. 8. — Dans les 8 jours, le secrétaire, par lettre recommandée, avise le candidat du résultat du vote, concernant sa demande.

Art. 9. — Déclaré admissible, le candidat entre en possession des mêmes droits et est soumis aux mêmes devoirs que les autres syndiqués, jusqu'à son admission définitive.

Titre III. — *Cotisations. Amendes.*

Art. 10. — Chaque syndiqué verse une cotisation annuelle de vingt-sept francs, se décomposant ainsi :

20 francs pour le « Sou médical ;

5 francs pour les frais généraux du syndicat local ;

2 francs pour l'affiliation à l'Union des syndicats médicaux de France.

---

(1) Code civil. Section III.
Art. 1142. — Toute obligation de faire ou de ne pas faire se résout en dommages et intérêts en cas d'inexécution du débiteur.
Art. 1145. — Si l'obligation est de ne pas faire, celui qui y contrevient doit les dommages et intérêts par le seul fait de la contravention.

ART. 11. — Sauf excuse valable, est passible d'une amende de :

1 franc tout syndiqué qui n'assiste pas aux réunions ;

2 fr. tout membre du bureau ou du conseil absent aux séances ;

5 francs tout syndiqué qui ne remplit pas la mission à lui confiée par le conseil ou ses co-syndiqués ;

20 francs tout syndiqué convaincu d'avoir tenu des propos ou fait des actes préjudiciables au Syndicat.

ART. 12. — Tout syndiqué s'interdit de rechercher judiciairement un ou plusieurs syndiqués, ou même le Syndicat à raison des actes accomplis en exécution des présents statuts, ou qui n'en seraient que la conséquence.

TITRE IV. — *Pénalités.*

ART. 13. — Lorsqu'un ou plusieurs syndiqués croient avoir à se plaindre d'un syndiqué, ils en avisent le Conseil par l'intermédiaire du secrétaire. Celui-ci convoque au plus tôt les intéressés devant le conseil, qui les entend, et soumet son opinion à l'assemblée générale.

Art. 14. — Les pénalités encourues sont l'avertissement et l'exclusion.

ART. 15. — Ces pénalités prononcées ne sont justiciables d'aucun recours devant aucune juridiction. Elles ne sont exécutoires qu'autant qu'elles ont été prononcées par la majorité réelle des membres du conseil et de l'assemblée. Un membre absent et excusé peut déléguer ses pouvoirs, par lettre, a un syndiqué qu'il désigne.

TITRE V. — *Administration.*

ART. 16. — Le syndicat est administré par un bureau permanent et par un conseil.

Le bureau se compose de :

1° Un secrétaire et son adjoint ;

2° Un archiviste et son adjoint ;

3° Un trésorier et son adjoint.

ART. 17. — Ce bureau qui se réunit toujours un peu avant chaque réunion du conseil, expédie les affaires courantes, et peut toujours se réunir, pour étudier une question à soumettre au conseil et à l'assemblée.

ART. 18. — Le conseil comprend dix syndiqués qui avec le bureau se réunissent une fois par mois.

ART. 19. — Le secrétaire est chargé de la rédaction des procès-verbaux, de la correspondance, des convocations. L'archiviste s'occupe des relations du syndicat avec les personnes étrangères, et conserve les archives, livres et documents.

Le trésorier centralise les cotisations, rend compte de sa caisse tous les 6 mois, et n'en dispose que suivant les indications du Conseil.

ART. 20. — A chaque séance, un président de séance est désigné.

ART. 21. — Les votes ont toujours lieu au bulletin secret.

ART. 22. — Les pouvoirs du bureau sont de deux ans, ceux du Conseil sont de trois ans, les adjoints prennent la place des titulaires, qui ne sont rééligibles qu'après une période de deux ans.

ART. 23. — Si au cours de l'année, une vacance se produisait dans le bureau ou dans le conseil, celui-ci y pourvoierait provisoirement jusqu'à la plus prochaine assemblée générale.

ART. 24. — Tous les deux mois, sauf en août et en septembre, le syndicat se réunit pour entendre les rapports du secrétaire, du trésorier, ou tout autre travail qui lui est soumis ou qu'il a demandé, statuer sur les admissions, etc.

ART. 25. — En cas d'urgence, ou sur la demande écrite de quatre membres, le secrétaire convoque le conseil et le syndicat.

ART. 26. — Toute proposition, pour être discutée, devra être remise un mois avant chaque réunion du syndicat, au bureau.

TITRE VI. — *Règlement intérieur.*

ART. 27. — Un règlement intérieur créant les mêmes obligations, que les présents statuts, sera élaboré, et portera entre autre choses, sur la question de défense professionnelle, sur le tarif minimum des honoraires, sur le repos dominical, le service médical de nuit, etc.

TITRE VII. — *Démission.*

ART. 28. — Tout syndiqué désirant cesser, soit ses fonctions au bureau ou au conseil, soit se retirer du syndicat, doit adresser sa démission au secrétaire, par lettre recommandée. Celui-ci la communique au Conseil et à l'ensemble des syndiqués, et raye immédiatement le démissionnaire des contrôles.

TITRE VIII.

ART. 29. — Toute modification aux présents statuts devra être formulée nettement, dans une demande adressée au secrétaire, et signée du quart des syndiqués. Le conseil saisi de cette demande, l'étudie et soumet son opinion à la réunion des syndiqués, qui statuent sur les modifications présentées à la majorité des deux tiers des votants.

TITRE IX. — *Durée du Syndicat.*

ART. 30. —La durée du Syndicat est illimitée.

TITRE X. — *Dissolution.*

ART. 31.—La dissolution du Syndicat sera prononcée au cours d'une assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet, et devra recueillir l'approbation des trois quarts des sociétaires.

L'actif en caisse sera versé, suivant décision du syndicat, dans une caisse de solidarité médicale.

TITRE XI. — *Dispositions particulières pour assurer le fonctionnement de la société dans sa période de début.*

ART. 32. — Les articles 16 et suivants, concernant le bureau et le conseil d'administration, pourront ne pas être observés au cours de 1907 et 1908. Mais leur application deviendra obligatoire à partir du 1er janvier 1909, en sorte qu'à cette époque, le burau comprendra six membres et le conseil en comptera dix.

ART. 33. — Le syndicat, parti de Saint-Mandé devra s'étendre sur Vincennes, Montreuil et Fontenay.

LA SEMAINE MEDICALE

Les doses des injections de sérum après les hémorragies.

Il est, aujourd'hui, d'une pratique courante de relever les forces des malades qui ont eu une violente hémorragie par une ou plusieurs injections de sérum physiologique (Na Cl à 7 0/00.)

Or, d'après les recherches de M. le Dr G. LEPORTIER, exposées dans sa thèse,

1° Les injections salines agissent par réflexe.

2° Chez des individus anémiés par l'hémorragie, de petites doses de sérum sont amplement suffisantes pour relever la tension. Les doses varieront entre 100 et 300 grammes.

3° Les doses massives d'emblée, faites dans ces cas, paraissent inutiles, arbitraires, parfois dangereuses.

4° Si l'état du malade donnait de nouvelles inquiétudes à son entourage après l'absorption de la première dose, on pourrait assurément la renouveler, mais il importe de tâter la susceptibilité du sujet.

5° Sauf dans des cas absolument urgents, on utilisera la voie hypodermique qui agit sûrement.

6° Enfin, dans les hémorragies en nappe toujours si inquiétantes, de petites quantités de sérum donneront toute satisfaction au chirurgien.

Elles sont, non seulement suffisantes pour relever la tension artérielle, mais elles possèdent surtout un pouvoir hémostatique très net.

7° Employées indistinctement et à dose massive, les injections salines peuvent occasionner les effets les plus funestes.

Grippe et suites de couches.

Depuis que la grippe fleurit endémiquement dans nos régions, les cliniciens sont souvent assez embarrassés pour faire chez leurs nouvelles accouchées le diagnostic précis de ce qui revient à la grippe et de ce qui pourrait bien relever de la puerpéralité.

D'après M. le Dr FERNAND BÉDRUNE, dans sa thèse, la grippe, au cours des suites de couches, peut, dans certains cas, être distinguée de l'infection puerpérale par la fréquence persistante du pouls observée dans cette dernière affection.

Le diagnostic est plus difficile quand il s'agit de grippe à complications graves et aussi quand la grippe se complique d'infection puerpérale.

Au point de vue du traitement, il y a lieu d'instituer le traitement ordinaire de la grippe, et l'on ne doit recourir au traitement intra-utérin de l'infection puerpérale que si cette médication se trouve nettement indiquée.

Il résulte de nombreuses observations que l'allaitement doit être continué, et que cette conduite fait courir moins de risques à l'enfant que si l'on prend la grave détermination de le séparer de sa mère.

Le nouveau sérum de Fleig.

M. BOUCHARD a présenté à l'Académie des Sciences et vanté comme supérieur à l'ancien sérum salé (7 0/00) la solution suivante composée par M. le Dr C. FLEIG:

Chlorure de sodium pur.........	6 gr. 5
Chlorure de potassium..........	0 gr. 3
Chlorure de calcium...........	0 gr. 2
Sulfate de magnésie...........	0 gr. 3
Bicarbonate de soude..........	1 gr.
Glycérophosphate de soude......	1 gr.
Glucose.....................	1 gr.
Eau distillée stérilisée........	1000 gr.
Oxygène à saturation.	

On peut ajouter à ce sérum, dans certains cas, des traces de silice, d'iode, de fer, d'arsenic, de manganèse, de vanadium.

L'injection de ce sérum est inoffensive, même à doses élevées. Les effets toniques que l'on en obtient seraient très remarquables.

L'anémie pernicieuse de la grossesse.

Parmi les maladies sur la nature et sur l'origine desquelles nous sommes encore bien ignorants, il faut citer l'anémie pernicieuse gravidique. M. le Dr Louis ROBERT, de Dijon, ayant observé au cours de ses études un extraordinaire cas de guérison d'anémie pernicieuse gravidique, a consacré sa thèse à ce sujet et recherché les observations que possède la science sur cette question. Il en a tiré les conclusions suivantes : L'anémie pernicieuse progressive de la grossesse est une affection très grave, dont on cherche encore la cause. On a incriminé la misère physiologique et les grossesses répétées ; mais il existe des cas où ni l'une, ni l'autre de ces causes ne peut être invoquée. Il est à constater que si, dans l'anémie pernicieuse non gravidique, la curabilité est douteuse, dans l'anémie pernicieuse gravidique, il n'y a pas lieu de se montrer aussi sévère et l'on peut admettre que certains cas ont abouti à la guérison.

L'amélioration survenue après l'accouchement pourra n'être que transitoire ; aussi faudra-t-il surveiller attentivement les malades, et pratiquer à plusieurs reprises l'examen du sang.

Pendant la grossesse compliquée d'anémie, il faudra examiner fréquemment le sang et dès que le nombre des globules sera descendu au-dessous d'un million par millimètre cube, et que les symptômes accusés par la malade seront devenus plus alarmants, il ne faudra pas hésiter à provoquer l'accouchement.

Parmi les méthodes à employer, on s'arrêtera de préférence aux procédés mécaniques et rapides, afin de ne pas demander un effort excessif à un organisme déprimé.

Traumatismes et appendicite

MM. les Drs JEANBRAU et ANGLADA, de Montpellier, ont présenté à la Société de chirurgie un mémoire sur l'intéressante question de l'influence

des traumatismes dans l'évolution des appendicites.

« A la suite d'un traumatisme sur la région de la fosse iliaque, disent-ils, on peut, s'il apparait ensuite une appendicite, envisager trois hypothèses :

1° Le traumatisme a-t-il provoqué de toutes pièces l'appendicite chez l'homme sain ?

2° A-t-il amorcé une crise aiguë chez un appendiculaire latent ?

3° A-t-il aggravé simplement une appendicite préexistante ?

La loi de 1898, sur les accidents du travail donne à cette étude une importance considérable.

MM. Jeanbrau et Anglada concluent que, sauf exception, dont ils n'ont trouvé aucun exemple dans la littérature médicale, un accident sur le ventre (choc, pression effort violent) ne crée pas l'appendicite chez un homme dont l'appendicite est sain. L'accident détermine seulement une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique souvent latente. L'accident est surtout révélateur et aggravateur. Le délai maximum qui permet d'accepter le rôle du traumatisme dans la crise d'appendicite ne doit pas dépasser deux jours. Un silence symptomatique complet de 48 heures permet de rejeter la responsabilité de l'accident.

La technique de l'ophtalmo-réaction tuberculeuse.

Voici, d'après *l'Echo de la médecine et de la chirurgie*, le procédé exact de M. Calmette, de Lille, pour la pratique de l'ophtalmo-réaction à la tuberculine.

On emploie une solution de tuberculine sèche précipitée par l'alcool à 95° dans l'eau distillée et stérilisée. La solution est titrée à 1 gramme pour cent et doit être fraîche.

Après s'être assuré de l'état de l'œil, qui ne doit présenter aucune trace de rougeur préalable, de blépharite, etc., on instillera une goutte de cette solution dans un seul œil avec une baguette de verre bien stérilisée d'avance. Les phénomènes à observer en cas de réaction positive sont les suivants : 5 à 6 heures après l'instillation, apparaissent déjà de la rougeur conjonctivale, du boursouflement de la caroncule; du suintement séro-fibrineux. Vers la septième heure qui suit l'instillation commence le larmoiement; l'œdème palpébral est plus ou moins accentué, mais donne abri dans le cul-de-sac conjonctival inférieur à un amoncellement de sécrétion séro-plastique avec filaments. Il ne se produit aucune élévation de température générale et l'œil témoin du côté opposé permettra pendant toute l'observation, de suivre l'évolution de ces phénomènes réactionnels et d'en apprécier l'intensité.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Le Dentu

Diagnostic des salpingites.

Il y a quelques jours, vous m'avez vu embarrassé pour formuler un diagnostic précis à propos d'une malade que j'ai opérée hier. Il s'agissait d'une tumeur de l'abdomen, située derrière la vessie, qui ne réalisait en aucun point le type des inflammations des annexes. Cependant, malgré les caractères incertains de la lésion, j'avais posé le diagnostic probable d'annexite et l'opération a confirmé mon opinion. Nous avons trouvé là une trompe malade, dans une situation particulière.

A propos de ce cas, il m'a semblé intéressant de vous exposer les difficultés du diagnostic des salpingites.

Les salpingites sont des affections extrêmement communes. Elles font, pourrait-on dire, « concurrence » aux appendicites, en chirurgie abdominale. Vous devez bien les connaître. Le nombre des jeunes femmes atteintes d'annexites capables de créer la stérilité, est énorme. Soigner ces annexites et les soigner le plus tôt possible pour en arrêter l'évolution, c'est lutter indirectement contre la dépopulation.

La salpingite a une histoire connexe avec celle de l'ovarite. Il est difficile de parler de l'une sans parler de l'autre, l'ovaire suivant habituellement la trompe dans ses états morbides. Toutefois, la salpingite, mieux individualisée, déborde généralement l'ovarite et attire plus l'attention qu'elle. Aussi, dans cette leçon, me servirai-je souvent du mot salpingite seul ; vous saurez, néanmoins, que l'ovarite y est fréquemment (mais non toujours) associée ; que, de plus, l'ovaire est ordinairement beaucoup moins malade. Il est des cas, cependant où l'ovarite est dominante et les lésions du salpinx consécutives.

La salpingite est due à des infections, dont le point de départ est en général l'utérus, et parfois aussi — dit-on — le vagin et le col utérin. Dans ce dernier cas, l'utérus n'étant pas malade, la salpingite serait le résultat d'une lymphangite péri-utérine. Une telle conception, assez facile à comprendre pour les ovaires, paraît plutôt paradoxale pour les trompes. Néanmoins, j'aurais mauvaise grâce à ne pas me rallier— avec réserves — à l'opinion de ceux qui croient à l'existence de salpingo-ovarites dépendant seulement de lésions du col et du vagin, de lymphangite péri-utérine. Je n'insiste pas.

Il est important de savoir si, en dehors du gonocoque, d'autres microbes peuvent intervenir dans la genèse des salpingites. Ce n'est pas chose facile à établir. Les recherches ont, en effet, porté sur des trompes extirpées, la plupart du temps à froid. Or, dans ces foyers refroidis, les microbes disparaissent peu à peu. Schauta, ayant examiné ainsi 192 annexes extirpées, a trouvé 144 fois du pus stérile, 33 fois du gonocoque, et 15 fois du streptocoque associé ou non au coli-bacille. Donc, l'infection semble relever environ deux fois du gonocoque pour une fois du streptocoque. Cela suffit à arrêter l'élan des auteurs qui veulent

considérer toute salpingite comme gonococcique. Une autre raison de rejeter cette opinion, c'est l'existence de la salpingite chez les vierges. Les observations n'en sont pas exceptionnelles, et j'en ai vu, pour mon compte, un certain nombre d'exemples. Le gonocoque ne constitue pas, en définitive, l'unique agent originel de la salpingite ; il en est d'autres, le streptocoque, en particulier.

Arrivons à l'anatomie pathologique. Je la résumerai rapidement. La salpingite et l'ovarite concomitante se présentent sous plusieurs formes, les unes aiguës, d'autres subaiguës, d'autres chroniques, d'emblée ou consécutivement à des états aigus. Quelles sont les lésions qui atteignent la trompe ? Laissez-moi vous rappeler la constitution de cet organe. Il comprend une muqueuse, à plis longitudinaux, une couche musculaire puissante, à fibres longitudinales et circulaires, et, extérieurement à tout cela, une couche cellulo-conjonctive, le tout revêtu du péritoine sur sa majeure partie. Au point de vue morphologique, la trompe offre une portion isthmique, logée dans l'utérus, une portion moyenne, dite ampullaire, et une portion externe, évasée, dite infundibuliforme.

En ce qui concerne les lésions, on trouve, au niveau de la muqueuse, une multiplication des plis et, au lieu d'une plicature régulière, des sortes de végétations. Dans les processus plus avancés, la muqueuse est détruite et remplacée par du tissu fibreux (salpingite atrophique). Ces lésions de la muqueuse constituent *l'endo-salpingite*. Du côté de la musculature, on voit, dans les affections récentes, une hypertrophie notable ; mais, elle ne dure pas longtemps. Le tissu conjonctif se développe et arrive à détruire les éléments nobles. Le tissu musculaire tend à disparaître et il peut disparaître entièrement. Ces lésions caractérisent essentiellement la *salpingite parenchymateuse*.

Considérons, en outre, les altérations des orifices tubaires. L'orifice interne a peu de tendance à s'oblitérer. Vous trouverez des salpingites très développées qui communiquent encore avec l'utérus et s'y évacuent. La perméabilité de l'orifice persiste et on parvient à y conduire une sonde fine. Ce fait explique comment, de temps en temps, des trompes distendues se vident complètement. J'ai tiré de là des déductions thérapeutiques. J'ai pratiqué des dilatations de l'utérus systématiques dans la pensée que le ramollissement gagnerait l'orifice interne de la trompe, l'agrandirait, et que le liquide salpingien pourrait s'écouler dans l'utérus. J'ai vu cette manœuvre réussir merveilleusement à amener l'évacuation de la trompe. Au contraire, l'orifice externe a une grande tendance à s'oblitérer. Les franges tuméfiées se rapprochent, des exsudats viennent les réunir, et, avec la rétraction cicatricielle, l'orifice diminue. Il en résulte souvent une occlusion du dit orifice externe.

Deux mots sur le contenu des trompes malades. Quand il s'agit de salpingite catarrhale, on trouve du mucus, un peu de muco-pus. Dans d'autres cas, fréquents, les trompes sont remplies de pus. On en a évacué jusqu'à un litre et j'en ai observé plus d'une fois un demi-litre. Il est, dans cette appréciation, une cause d'erreur ; je veux parler de la coexistence possible d'une péritonite limitée, avec poche fusionnée à la trompe. Malgré cette réserve, il existe réellement des collections tubaires vraiment considérables. On rencontre quelquefois du sang, fraîchement écoulé ou ancien et noir, dont l'interprétation est délicate. D'après certains auteurs, la présence du sang indiquerait toujours une grossesse extra-utérine avec disparition de l'embryon. C'est aller sans doute un peu loin. La trompe renferme parfois, enfin, du sang, des débris de chorion, et tout ce qu'il faut pour caractériser le développement placentaire.

Pour terminer cette étude anatomo-pathologique, j'ajouterai que l'ovaire présente concomitamment des lésions ordinairement superficielles, et, quelquefois, des lésions plus importantes, des abcès centraux.

J'arrive à l'évolution et au diagnostic des tubo-ovarites. C'est là un énorme chapitre que je ne saurais développer entièrement. Je vais mettre en avant, d'abord, un principe général qui est le suivant ; on doit tâcher avant tout de faire un diagnostic *direct*, par l'analyse et l'interprétation des signes de la lésion elle-même.

Quels sont les signes permettant le diagnostic direct ?

Viennent, en premier lieu, les signes rationnels. Je suppose une forme aiguë. La malade déclare qu'elle a ressenti soudainement une douleur abdominale dont elle indique le maximum en un point situé, à droite ou à gauche, en dedans de la fosse iliaque, en arrière du pubis.

Viennent, ensuite, les signes objectifs.

La palpation n'est pas toujours facile. Quand les malades souffrent énormément, quand il y a *commencement de péritonite, la douleur* gêne beaucoup l'exploration. De même, s'il y a ballonnement, les parties malades étant alors séparées de la main par une couche de gaz. La palpation n'est donc pas toujours aisée. Reste le toucher. Que trouvez-vous habituellement ? On perçoit, ou latéralement, ou — ce qui est, au moins, aussi fréquent — en arrière, une infiltration au niveau de la paroi vaginale; sur ces points infiltrés la pression avec l'extrémité du doigt provoque une vive douleur.

Je le répète. C'est cette douleur maxima latéralement ou en arrière qui va vous guider. Par conséquent, examinez non seulement le cul-de-sac latéral, mais également le cul-de-sac postérieur. Pourquoi cette infiltration et cette douleur en arrière ? La trompe est un organe légèrement tortueux. Quand elle est normale et souple, elle reste transversale ; mais supposez-la atteinte d'inflammation : elle devient turgescente, ses parois s'épaississent et il en résulte un redressement de sa courbure qui devient arciforme. Elle se dirige alors en arrière, déviation qui constitue un phénomène presque habituel. Les trompes enflammées tournent derrière l'utérus et viennent se placer dans le cul-de-sac *postérieur, tout* en restant en contact avec le cul-de-sac latéral. Ne considérez pas la position postérieure comme une anomalie.

Je suppose, maintenant, une forme chronique. Dans ce cas, le palper combiné au toucher révèle ordinairement une douleur, moins vive que dans les formes aiguës, mais assez importante encore.

Vous ne devez jamais conclure à la salpingite sans avoir examiné l'utérus. L'utérus est beaucoup plus sensible qu'on ne le dit généralement. Je ne parle pas de certains états aigus — sur lesquels je reviendrai — où la douleur utérine est vive. Je parle des cas de métrite chronique ; le toucher réveille de la douleur. A vous de voir si

cette douleur provoquée est plus forte sur l'utérus ou sur les annexes.

Comment faire cet examen de l'utérus ? L'utérus est normalement fléchi en avant. Quand il est malade et un peu gros, vous arrivez à sentir le corps utérin au-dessus du pubis, vous pouvez le prendre entre les doigts et vous provoquez une certaine sensibilité. Sur l'utérus sain, la pression ne doit pas déterminer de sensation douloureuse. Toutefois, sachez-le bien, ce n'est pas toujours en avant que vous trouverez l'utérus. Il arrive souvent que, avec la métrite servant de point de départ à l'annexite, il y a rétroversion ou rétroflexion de l'utérus. Il faut s'attacher à reconnaître l'utérus dans ses positions anormales, pour pouvoir établir la part de responsabilité qui lui incombe et la part qui revient aux annexes.

Je vais aborder les cas de diagnostic plus difficile.

Diagnostic avec les métrites.

Pour les métrites chroniques ordinaires, il n'y a pas lieu d'insister beaucoup.

Il existe des formes particulières, extrêmement douloureuses, de métrite aiguë. On ne les connaît pas très bien. J'ai été appelé un jour, en ville, auprès d'une femme chez laquelle une vive douleur s'était développée subitement dans la région abdominale inférieure. On avait pensé à une crise de coliques néphrétiques, à une appendicite. J'ai trouvé un utérus extrêmement douloureux, une métrite. J'ai pu assister une fois au début de cette affection. Il s'agissait d'une dame qui fut prise de douleurs subites épouvantables. On m'appela immédiatement à l'examiner. Il n'y avait rien en dehors d'une métrite. Le diagnostic n'est pas aussi difficile qu'on le penserait. Le caractère médian des douleurs éloigne l'idée d'appendicite. On ne fera pas, non plus, la confusion avec la colique néphrétique ; celle-ci s'accompagne de douleur à la pression sur la région de l'uretère. Pour apprécier ce caractère, il faut pratiquer le toucher avec infiniment de douceur, sinon la douleur se répercute et apparaît imprécise.

Diagnostic avec la rétro-déviation utérine.

Je vous ai dit tout à l'heure qu'il était facile, dans certains cas, de prendre une rétro-déviation utérine pour une salpingite. Pour établir la distinction, je fais appel à un signe que j'ai indiqué y a une quinzaine d'années. Vous savez que la face postérieure de l'utérus n'est pas régulièrement convexe, qu'elle présente un angle dièdre net, presque droit. La recherche de cet angle dièdre est un guide précieux dans quelques cas embarrassants de rétro-déviation. Pour bien le sentir, il faut se servir d'un doigt, passer le doigt sur la face postérieure de l'utérus, où l'on reconnaît la crête. Si l'utérus était basculé, en torsion, la crête aurait changé de situation ; on doit alors se reporter latéralement pour arriver sur elle. La constatation de la dite crête montre que l'on a affaire à une rétro-déviation et non à des exsudats des annexes.

Diagnostic avec le phlegmon du ligament large.

Le phlegmon du ligament large ressemble assez à la salpingite. La réalité de ce phlegmon a été contestée. J'y crois, cependant. C'est une lymphangite d'origine utérine, que l'on observe surtout après la parturition. Il ressemble à la salpingite. Mais celle-ci est située plus en arrière; elle est, d'autre part, infiniment plus fréquente.

Diagnostic avec l'appendicite.

Le diagnostic de la salpingite avec l'appendicite présente quelquefois des difficultés assez grandes. Il est des appendicites qui ressemblent beaucoup à des tubo-ovarites : ce sont les appendicites pelviennes, intéressant un appendice en ptose. Dans d'autres cas, avec une appendicite à siège normal, on a une annexite plus haute que de coutume. La trompe, du fait de la rétraction du ligament infundibulo-pelvien, peut se trouver entraînée un peu trop vers la fosse iliaque. Comment arriver au diagnostic ? On a dit que, dans l'appendicite, la péritonite est plus intense, avec tendance aux vomissements plus marquée, facies plus altéré. Ce sont des signes bien relatifs. Un bon moyen de diagnostic réside dans l'examen direct, dans une recherche aussi serrée que possible des signes, dans le soin particulier apporté au toucher et au palper. Quand, au toucher, on ne trouve pas grand chose, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'appendicite. Il est rare, que, dans l'annexite, il n'y ait pas, du côté du vagin, certaines indications. Au surplus, l'erreur peut, dans certains cas, ne pas être fâcheuse. L'incision médiane faite pour aborder l'annexite peut encore permettre d'arriver sur l'appendice.

Diagnostic avec la grossesse extra-utérine.

Le diagnostic de la salpingite avec la grossesse extra-utérine est souvent très embarrassant. L'œuf peut se développer dans la portion de la trompe voisine de l'utérus, dans le milieu de la trompe ou dans son pavillon. Le siège habituel est le milieu, la partie ampullaire du salpinx. Il est très difficile, dans la plupart des cas, de savoir si on est en présence d'une grossesse extra-utérine ou d'un hydro-salpinx. On fera intervenir les commémoratifs. La grossesse extra-utérine a une marche toute chronique et évolue sans fièvre. Dans la salpingite, on trouve fréquemment un début fébrile ou des réminiscences fébriles. L'examen direct, dans la grossesse extra-utérine, ne révèle pas ordinairement de douleur, alors que, dans la salpingite, même chronique, il y a une certaine douleur. Les signes rationnels de la grossesse manquent parfois, mais un bon interrogatoire peut les retrouver. On note, par exemple, un retard des règles, quelquefois des modifications du côté du tube digestif, des seins, une hypertrophie plus ou moins nette de l'utérus. Voilà les bases de ce diagnostic.

Diagnostic avec les fibromes.

Lorsqu'un fibrome se complique de salpingite, il peut être masqué par la lésion salpingo-ovarienne. On se rappellera que le fibrome fait corps avec l'utérus et que tout ébranlement sur le col retentit sur lui.

Il est des cas fort embarrassants. Habituellement, vous ai-je dit, quand l'inflammation de la trompe commence, l'organe se redresse et vient dans le cul-de-sac postérieur. Il est une autre position à envisager. Parfois la trompe vient se placer au-dessus de l'utérus. Elle constitue, avec les exsudats qui l'enveloppent, une sorte de tumeur qui contracte souvent des adhérences avec la paroi abdominale. On trouve, alors, au-dessus du pubis, une masse paraissant faire corps avec

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

gle qu'il intervienne d'office pour un simple délit.

D'ailleurs si le syndicat des médecins de la Seine s'était montré avisé, il se serait constitué partie civile au procès et aurait demandé des dommages-intérêts « au cas où le délit d'exercice illégal de la médecine par la sage-femme serait établi ». Ce faisant, le ministère public était contraint d'agir.

En ce qui concerne les annonces des sages-femmes traitant les maladies des femmes, le Parquet n'a pas à intervenir. La sage-femme auteur de l'annonce informe qu'elle commettra un délit — mais il ne s'ensuit pas qu'elle ait commis ce délit. Le rôle du Parquet n'est pas préventif : il ne peut poursuivre qu'en raison d'un délit commis et non en raison de délits éventuels.

C'est pour cette raison, et non par apathie que le Parquet n'intervient pas quand il voit des sages-femmes afficher à leur porte des tableaux indiquant qu'elles donnent des « consultations » ce qu'elles n'ont pas le droit de faire malgré l'avis contraire de certains confrères. Dr P. Paris.

Dr A. à P. à *Concours.* — Vous seriez bien aimable de me faire adresser cent notes d'honoraires des accidents du travail. Ci-joint un mandat de 2 fr. 50.

Chirurgien de l'hôpital de P..... j'ai souvent à donner mes soins à des blessés garantis par des patrons ou des Compagnies d'assurances, il me semble que je ne suis nullement obligé de leur donner mes soins gratuitement. Ces malades paient à l'hôpital leurs frais de séjour, il me semble que je dois aussi être rémunéré. Existe-t-il un arrêté, une circulaire ou une loi me permettant de réclamer des honoraires, quel est le tarif.

Si vous pouvez me documenter sur ce sujet je vous en serais reconnaissant.

R. — La loi du 31 mars 1905 a réglé la question des frais d'hospitalisation qui, *tout compris*, ne peuvent excéder le tarif de l'assistance médicale gratuite majoré de

Suite page X.

l'utérus et dont la consistance ferme se rapproche de celle du fibrome : on est enclin à diagnostiquer un fibrome. Il faut se souvenir des signes rationnels de l'annexite, fièvre, sensibilité à l'examen. Quelquefois les deux trompes se placent ainsi et l'utérus est absolument coiffé par elles. On a même cité des exemples où il y avait entrecroisement des deux trompes.

Exceptionnellement, les trompes et les ovaires se déplacent en avant de l'utérus. Ce qui est plus exceptionnel encore, c'est ce que nous venons d'observer chez notre malade : des annexes logées derrière le pubis, en avant et très bas, formant une tumeur derrière le pubis et le débordant un peu. Par le toucher vaginal, nous constations une masse à droite, en rapport avec la branche du pubis. Cette tumeur était très dure et je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'un fibrome. Puis, je me suis arrêté au diagnostic de salpingite en position anormale. L'opération a confirmé mon opinion. Cette opération a été laborieuse, en raison des organes adjacents (vessie, uretère), à ménager.

Le temps me manque pour développer devant vous le traitement des salpingites. Je me résumerai par un mot : nous ne sommes généralement pas assez conservateurs, pas assez patients en cette matière. Souvent, les malades veulent être guéries trop vite et elles veulent faire, en thérapeutique, de la grande vitesse. Or, on guérit fréquemment une salpingite avec de la patience, 5, 6 mois de repos, de lit, des bains, des irrigations chaudes... Je suis loin d'être un adversaire des opérations dans le traitement des annexites : j'en ai fait un trop grand nombre pour ne pas apprécier leur utilité. Mais enfin, il faut déplorer, chez les malades jeunes, ces extirpations des annexes qui entraînent la stérilité. A notre époque de dépopulation, le chirurgien doit faire à sa manière œuvre sociale. Chez les malades jeunes de la ville, qui peuvent se reposer et se soigner, il est bon, lorsque cela est possible, d'être encore conservateur.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement précoce de la syphilis

Le traitement précoce de la syphilis constitue le seul traitement rationnel de cette affection ; c'est là un principe qu'établit une étude récente du docteur Thalmann, de Dresde. (*Munch Med. Wochens*. nº 13, 1907.)

Les recherches comparatives faites par cet auteur sur le spirochète de la syphilis, avant et pendant les premiers jours du traitement mercuriel local et général des accidents primaires et secondaires, démontrent, en effet, que le mercure est un agent éminemment spirochéticide. Il a été prouvé par ces recherches que la réaction inflammatoire qui se produisait au niveau des papules spécifiques dans les premiers jours du traitement mercuriel, correspondait à une diminution notable des spirochètes ; en d'autres termes pendant que localement, s'aggravait le processus morbide les germes spécifiques diminuaient. Ces phénomènes signifient que, sous l'influence du mercure les spirochètes mouraient, mais que les toxines échappées de leurs cadavres, les endotoxines syphilitiques, produisaient de l'hyperémie, une infiltration de cellules rondes, une hypertrophie et une néoformation des tissus.

De plus, les produits de décomposition des spirochètes déterminent dans l'organisme la production de substances spirochéticides. La formation de ces anticorps commence déjà pendant le développement de l'accident primaire, et si cet exanthème primitif persiste pendant plusieurs semaines, celle-ci, peut, sous l'influence des spirochètes tués en masse, devenir assez considérable pour arrêter et faire regresser sans traitement la maladie. Mais peu à peu cette immunité élevée diminue ; les spirochètes demeurés en vie commencent de nouveau à augmenter de nombre ; et des accidents apparaissent jusqu'au moment où l'immunité se trouve rétablie suivant le mode précédent. Ainsi s'expliquent les différentes récidives de la maladie. Plus tard la guérison spontanée ne peut plus se produire, car les foyers d'infection apparaissent en très petit nombre et renferment trop peu de spirochètes pour donner lieu à une production suffisante d'anticorps. Si ces foyers d'infection diminuent aussi de nombre aux éruptions ultérieures c'est que la virulence du germe devient moindre et que l'immunité acquise antérieurement, garde, quoiqu'amoindrie, une certaine valeur.

Chaque éruption laisse après elle, localement, une altération des cellules produite par les endotoxines ; elle laisse aussi une altération générale des cellules de l'organisme, due aux produits toxiques des spirochètes, qui ont été mis en circulation dans le sang. C'est pourquoi à la période tertiaire apparaissent des destructions de tissus, ou mieux des processus ulcéreux, malgré la présence d'une quantité minime de spirochètes et d'endotoxines, comme la faculté de former des substances spirochéticides varie avec les individus, les récidives peuvent, suivant les malades, apparaître à des intervalles différents. La syphilis est maligne, quand la faculté de produire des anticorps spécifiques est nulle ou presque nulle.

Les altérations des cellules d'organes pendant la période secondaire nous est démontrée par l'apparition d'accidents, tels que la choroïdite, la chute des cheveux, etc. Les lésions des organes profonds (cerveau foie, rein, etc.) dépendent de l'action générale des endotoxines ; mais cette action se trouve favorisée par l'influence d'autres poisons tels que l'alcool, ou d'autres causes tels que le surmenage physique, intellectuel, les traumatismes, etc.

Le danger plus grand de la syphilis congénitale provient de ce que le fœtus ne forme pas d'anticorps, et que le placenta est imperméable aux anticorps spécifiques de la mère. C'est pourquoi les spirochètes envahissent en aussi grand nombre le corps de l'enfant, et déterminent parfois sa mort au moyen des toxines devenues libres par leur autolyse et répandues dans tous les organes. La mère d'un enfant hérédo-syphilitique peut être immunisée d'une manière active par l'excitation des produits de déchets spirochétiques, qui vont de l'enfant à la mère ; ainsi se trouve expliquée la loi de Colles.

Comme les spirochètes syphilitiques sont tués et détruits par le mercure, et que leurs toxines organiques mises en liberté peuvent devenir actives, on observe quelquefois au commence-

ment d'une cure mercurielle une aggravation, des manifestations morbides. Ainsi se produisent dans les premiers jours du traitement la réaction des papules, l'apparition de l'exanthème dans de nombreux cas de traitement précoce, l'aggravation de l'enrouement dans la laryngite, celle parfois notée dans la paralysie et le tabes. Tous ces phénomènes, connus depuis longtemps, doivent être rapportés aux poisons devenus libres par la destruction des spirochètes. Les accidents, observés au début de la cure hydrargyrique, peuvent être évités par l'iodure de potassium, qui amène la résorption des aliments cellulaires, et l'élimination des toxines syphilitiques. Chez les syphilitiques anciens, la cure a pour but principal cette élimination des toxines.

Les manifestations secondaires de la syphilis, si faibles paraissent-elles être, peuvent entraîner les conséquences les plus graves, car l'action altérante qu'exercent sur les cellules les grandes quantités de toxines, jette la première base des dégénérations organiques métasyphilitiques ultérieures, et de l'action destructive des processus tertiaires. Il n'est donc pas inutile de recommander un traitement précoce de la syphilis, pour diminuer dans la mesure du possible, ou même empêcher l'extension et la multiplication des spirochètes dans l'organisme. Dès que la présence du spirochète pallida a été démontrée dans un accident primaire, il est indiqué de commencer aussitôt le traitement local et général par le mercure. Thalmann conseille de pousser des injections de mercure sous le chancre, car le procédé semble permettre d'atteindre le germe spécifique depuis l'accident primitif jusqu'aux ganglions, et de l'y détruire. Le traitement précoce ne peut donner un degré élevé d'immunité, puisqu'il ne se trouve dans l'organisme qu'une quantité relativement minime de déchets spirochétiques, et que par conséquent la production d'anticorps reste faible. Aussi devient-il nécessaire de faire des cures intermittentes.

Si les accidents secondaires ont apparu il faut aussitôt commencer le traitement mercuriel.

Dans la syphilis tertiaire, il est indiqué de ne donner pendant quelques semaines que de l'iodure de potassium, puis d'y joindre le mercure. Pour une affection métasyphilitique,on fait un essai avec l'iodure de potassium, et si une amélioration se produit on y joint une cure de frictions. La syphilis héréditaire des enfants doit être traitée par de petites doses, progressivement croissantes, de mercure.

Voici comment se passent les choses dans le traitement précoce de la syphilis. La première cure mercurielle ne détermine, avons-nous dit, qu'une immunité relative ; les spirochètes,encore peu abondants, n'ont en effet été détruits qu'en petit nombre, et par suite les endotoxines mises en liberté n'ont par leur faible quantité déterminé que la formation d'une perte minime d'anticorps. Aussi les spirochètes ne tardent-ils pas, à se multiplier, 2 ou 3 semaines déjà après la cessation du traitement ; si bien que de nouveaux accidents apparaissent généralement au bout de 6 semaines à deux mois. L'observation des malades démontre la vivacité de ce fait à tel point que l'on peut dire : quand des personnes 6 ou 7 mois après l'infection, n'ont pas encore présenté de symptômes secondaires, la guérison est possible ; après 9 ou 10 mois, elle est vraisemblable ; après 12 mois et plus, elle est très vraisemblable.

Si des accidents secondaires viennent à se produire après le traitement précoce, il est intéressant de remarquer que leur aspect et leur évolution présentent deux points, qui les distinguent essentiellement de ceux que l'on observe si le traitement n'a été commencé qu'à l'apparition des accidents généraux.

Tout d'abord ces accidents secondaires sont, avec le traitement précoce, beaucoup plus hâtifs; ils se produisent souvent au bout de six semaines et au plus tard trois mois après la fin de la première cure. Il est tout naturel de les voir apparaître en raison de la faible immunité, mentionnée plus haut.

En second lieu, les pr miers symptômes généraux se localisent à un petit nombre de foyers, qui sont bien moins abondants que dans le cas où le traitement n'a pas été commencé avant l'apparition des accidents secondaires. Si une thérapeutique spécifique n'est pas instituée dès ce moment, ces foyers prennent de plus grandes dimensions, car l'immunité n'augmente que d'une manière très lente par suite de la faible diffusion des spirochètes.

Assez fréquemment les accidents secondaires, que l'on observe avec le traitement précoce, se réduisent à une lésion unique ; c'est un accident qui ressemble beaucoup à l'accident primitif ; les ganglions voisins ne tardent pas à se tuméfier dès son apparition, et ils acquièrent souvent les mêmes dimensions que ceux du chancre. Quand on ne traite pas la syphilis à ce moment, cette lésion unique peut néanmoins se compliquer d'éruptions cutanées, d'un caractère plutôt discret.

Cet accident secondaire unique peut s'expliquer par la localisation métastatique d'un foyer de spirochètes dans une région de l'épiderme ; cette localisation se serait produite avant le commencement de la première cure.

Quoi qu'il en soit l'accident secondaire unique joue un grand rôle dans le traitement précoce de la syphillis ; et il est nécessaire de surveiller de près les malades après la première cure, afin de pouvoir, dès l'apparition de cet accident, recommencer le traitement mercuriel ; celui-ci comme la première fois local et général ; les injections de sublimé ne devront pas non plus être négligées au niveau de l'accident secondaire unique. Dans la suite, des cures intermittentes seront naturellement indiquées.

Jusqu'à présent, on n'était pas partisan du traitement précoce, et pour cela, on invoquait les raisons suivantes. Mieux valait, disait-on tout d'abord, attendre l'apparition des accidents secondaires pour vérifier le diagnostic de syphilis. C'est que la découverte de Schaudinn-Hoffmann n'avait pas encore permis de déceler le germe spécifique. Ensuite on savait mal apprécier les résultats du traitement ; ceux-ci étaient considérés comme d'autant meilleurs que la récidive était plus tardive, que les foyers étaient plus petits. Or, puisqu'avec le traitement précoce cette récidive est hâtive en raison de la faible immunité acquise, puisque, si la cure n'est pas immédiatement recommencée, les foyers deviennent grands en raison de leur petit nombre, on appelait volontiers un cas grave, celui qui donnait rapidement un accident secondaire unique.

La récidive la plus éloignée s'obtient naturellement quand on commence la première cure, au moment où les manifestations générales datent déjà de plusieurs semaines ; en effet l'organisme atteint un degré d'infection des plus élevés, la multiplication des spirochètes est énorme, la grande quantité des déchets cadavériques de spirochètes détermine la formation de nombreux anticorps, l'immunité produite est plus grande, la période de latence plus étendue. Mais cet état de choses peut-il être favorable à l'organisme ? En aucune façon ; car les spirochètes ont envahi toutes les régions, leurs produits toxiques ont exercé une action nocive prolongée sur les éléments cellulaires essentiels. Toujours est-il que l'action du traitement mercuriel se montre plus énergique grâce à la présence de nombreux anticorps. Mais un certain nombre de spirochètes, cachés dans quelques recoins de l'organisme, échappent à la destruction ; puis, quelques années plus tard, quand l'immunité diminue, ceux-ci deviennent de nouveau dangereux, et exercent plus facilement leur action nocive sur des éléments cellulaires endommagés par une longue intoxication.

Il faut donc abandonner ces errements, qui font apprécier la valeur du traitement d'après l'époque à laquelle celui-ci est capable de reculer l'apparition de la récidive. Quand un organisme est normalement susceptible de former des anticorps, c'est-à-dire (hormis les cas de syphilis maligne), quand le traitement est bien conduit, une récidive, qui apparaît de bonne heure, qui est caractérisée par un ou plusieurs foyers capables de s'accroître, démontre qu'auparavant, seule, une petite quantité de spirochètes avait envahi le corps ; elle ne prouve nullement que la thérapeutique est restée sans résultats. Au contraire, cette méthode a permis de rendre le processus local ; et une affection locale se laisse beaucoup plus facilement combattre qu'une affection générale. Certes, une immunité constitue un avantage appréciable, mais elle ne doit pas être acquise aux dépens d'une infection généralisée de l'organisme, d'une intoxication générale de longue durée.

Le traitement précoce offre encore d'autres avantages importants. Grâce à lui, les accidents secondaires n'envahissent pas les organes génitaux ; c'est tout au moins ce que semblent démontrer les observations cliniques de Thalmann.

Si la chose est vraie, les dangers de contamination seraient notablement diminués.

L'apparition et l'évolution de l'accident secondaire unique permettent de nous faire prévoir dans une certaine mesure quelle sera la valeur de l'immunisation active, suivant la méthode de Metschnikoff. On sait, en effet, que ce savant est parvenu, par des passages sur la série animale, à atténuer dans une certaine mesure, la virulence des spirochètes pour l'homme, et qu'il prétend l'immuniser d'une manière prophylactique par l'inoculation de ces spirochètes. Or dans le traitement précoce l'apparition de l'accident secondaire unique constitue en quelque sorte une deuxième infection. Mais puisque cet accident secondaire unique consécutif à une première infection virulente, tantôt est suivi, tantôt n'est pas suivi d'une infection générale, on peut dire qu'une *seule* inoculation prophylactique faite avec des spirochètes atténués ne constituera pas une garantie *certaine* contre la généralisation de l'infection, s'il se produit une nouvelle inoculation accidentelle.

D'autre part, comme l'immunisation passive reste irréalisable tant que le spirochète n'aura pas été cultivé, nous en sommes réduits à employer les anciens médicaments antisyphilitiques, tels que le mercure et l'iodure de potassium.

L'iodure de potassium, employé suivant les indications fixées plus haut, a toujours donné d'excellents résultats ; il amène une résorption rapide de tous les produits inflammatoires de la syphilis en quelque région qu'ils se trouvent. Naturellement il ne peut être employé avec succès à la période secondaire que si on le combine au mercure ; à ce moment en effet, les spirochètes sont nombreux, leur multiplication et leur destruction produisent une grande quantité de toxines ; or il ne suffit pas de provoquer la résorption de ces toxines ; il faut encore tuer les spirochètes, et contre eux l'iodure de potassium est impuissant.

A la période tertiaire par contre, ce médicament peut à lui seul détruire les foyers, car la multiplication des spirochètes devient très lente ; cependant il ne faut pas non plus négliger l'action mercurielle, car une récidive ne tarderait pas à se produire en raison de l'augmentation progressive, quoique lente, des spirochètes ; le mercure permettra d'obtenir une guérison effective.

L'iodure de potassium fait disparaître rapidement la tuméfaction ganglionnaire, qui accompagne l'accident secondaire unique ; ce qui prouve que celle-ci est due plutôt à une action toxique qu'à une invasion des spirochètes.

S'il pouvait encore subsister un doute au sujet de l'action destructive du mercure sur le germe syphilitique, les résultats du traitement précoce seraient là pour l'écarter. En effet, pendant la cure mercurielle, jamais Thalmann n'a observé d'accidents généraux à partir de la 2e semaine de traitement ; leur apparition durant la 1re semaine dénote un processus de guérison ; elle est due à la destruction en masse des spirochètes. Si le mercure n'était pas réellement spirochéticide, les accidents généraux qui devaient cependant apparaître au cours de la maladie, ne se laisseraient pas combattre avec une certitude aussi grande. (Les manifestations secondaires apparaissent, en effet, dans tous les cas avec une invariabilité absolue, 9 ou 12 semaines après l'infection, quand aucun traitement n'a été institué).

Les injections de sublimé, pratiquées sous le chancre, ont donné des résultats remarquables. Celles-ci ne permettent naturellement de détruire les spirochètes que dans l'accident local et dans les ganglions afférents ; si donc l'infection date de plus de six semaines, et si par conséquent les germes spécifiques ont déjà envahi la circulation, ces injections n'auront plus grande efficacité. Thalmann les recommande aussi dans le but d'éviter qu'il ne subsiste un foyer de spirochètes au niveau du chancre ; ce traitement local permet, en effet, mieux que le traitement général, de combattre plus énergiquement les spirochètes, qui par leur présence dans les couches épithéliales ont déterminé l'accident primitif, ou l'accident secondaire unique ; il écarte d'une façon plus certaine la possibilité de récidives.

Quelques dermatologues prescrivent volontiers l'iodure de potassium après la cure mercurielle dans le but de provoquer l'élimination du mercure. C'est là une faute de technique, car le mercure agit toujours quand on le donne, même si les quantités antérieurement absorbées n'ont pas été éliminées ; il faut seulement par l'administration *simultanée* de l'iodure, débarrasser l'organisme des toxines devenues libres ainsi que des produits inflammatoires. Thalmann supprime volontiers l'iodure durant la dernière semaine du traitement, afin que le mercure soit éliminé le plus tard possible ; c'est la meilleure façon d'éviter une récidive.

Le traitement précoce reste la seule thérapeutique rationnelle de la syphilis, puisque 30 pour cent des malades soumis à cette méthode sont restés plus de six mois sans présenter d'accidents secondaires et que les autres malades ont vu leurs accidents ne déterminer qu'un ou plusieurs foyers *circonscrits*.

Dr GEORGES.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les sels de calcium comme toniques cardiaques dans la pneumonie et les affections du cœur.

Des recherches expérimentales sur le cœur de la grenouille ont établi depuis longtemps que les sels de calcium augmentaient la contractilité du myocarde ; si l'on fait circuler dans un cœur de grenouille une solution saline physiologique, ses contractions ne tardent pas à s'arrêter ; si au contraire on y fait circuler de l'eau ordinaire, il conserve sa contractilité ; la cause de ce phénomène réside certainement dans la teneur en sels calciques de l'eau ordinaire.

Se basant sur ces faits d'observations, Brunton a essayé de relever l'énergie cardiaque dans la pneumonie au moyen de chlorure de calcium. Il l'a prescrit toutes les quatre heures à la dose de 0,30 à 0,60 centigrammes en solution dans l'eau; le mauvais goût de ce produit était masqué par l'addition de saccharine à raison de 0,003 pour 0,60 de chlorure de calcium. L'action cardiaque de ce médicament n'est pas aussi frappant que celle de la strychnine ; elle apparaît d'une manière lente et progressive. Brunton en a obtenu d'excellents résultats dans la pneumonie, quoique dans certains cas il fut impossible d'éviter l'issue fatale.

De même dans les maladies du cœur, dans les menaces de faiblesse du ventricule gauche ; le chlorure de calcium est également actif ; on peut en dire autant du lactophosphate et du glycérophosphate. Brunton pense que les heureux effets du régime lacté dans les lésions valvulaires sont dus en partie à la chaux que renferme le lait.

Le pyramidon dans la fièvre typhoïde.

D'après Leick (*Munch. Med. Wochens* : no 12 1907) le pyramidon serait plus utile dans la fièvre typhoïde que la balnéothérapie habituelle, à condition que l'on prodigue au malade les soins hygéniques, et qu'on lui ordonne le régime habituellement employé.

Pour obtenir les résultats désirables, il faut administrer le pyramidon toutes les deux heures jour et nuit, à raison de 10 centimètres cubes d'une solution à 2 % (chez les enfants à 1 %) ; il est essentiellement important de tenir à cette administration bi-horaire. Les sueurs profuses, dont on fait quelquefois un reproche à ce médicament, sont dues précisément aux intervalles trop éloignés dont on espace les doses.

Leick fait prendre chaque fois la température du malade, et si elle est inférieure à 36° il ne donne pas de pyramidon. Si au contraire la température est remontée au bout de deux heures, il prescrit une dose du médicament.

Jamais il n'a observé d'accidents imputables à ce procédé ; l'urine présente souvent une teinte rougeâtre, mais la chose est sans importance, car elle tient à la teneur en antipyrine du pyramidon (dimethyol amido-antipyrine). Sur 180 cas traités par cette méthode, dont beaucoup de graves, on note 6 décès ; c'est là un excellent résultat.

PROPHYLAXIE

A propos du diplôme de médecin sanitaire maritime. Les médecins et la Caisse des Invalides de la Marine.

Dans sa dernière séance, le Conseil du Concours Médical s'est occupé de la révision du décret de 1896, relatif à la police sanitaire maritime. L'avis du Conseil de direction du Concours a été conforme à celui adopté par le congrès des Praticiens à savoir que :

« Tout ce qui contribuera à améliorer le sort du « médecin navigant, à garantir son indépendan- « ce par rapport aux compagnies et aux arma- « teurs, seule condition qui assurera l'utilité de « son rôle, à protéger ses vieux jours par la re- « traite, etc., mérite approbation, mais que rien « n'autorise le maintien du diplôme obligatoire « de médecin sanitaire maritime parce que les « connaissances qu'il exige n'ont rien de spécial, « et parce qu'il peut être remplacé par un simple « examen d'aptitude portant sur les matières ad- « ministratives, absolument comme on l'a fait « pour le service d'inspection départementale des « enfants assistés par le décret du 28 juillet 1906, « publié à un récent numéro du *Concours*. »

Donc, que nos confrères désireux de naviguer n'hésitent pas à solliciter, pour le moment tout au moins, des postes sur les lignes de l'Algérie, Tunisie et Maroc (1), sans être pourvus du diplôme de Médecin sanitaire maritime, je ne cesserai de le répéter, l'article même du décret de 1896 les y autorise.

Ainsi, la majorité du Corps médical a bien voulu se rallier à la thèse que je soutiens depuis la création de ce fameux certificat et en démontrer toute l'inutilité.

Ce parchemin, sans aucune valeur, sans aucune garantie pour les médecins et les compagnies, met obstacle au libre exercice de notre profession sur mer, par conséquent en territoire français, puis-

(1) J'espère que dans un avenir plus lointain, l'on pourra comme par le passé, naviguer sur toutes les autres lignes (Chine, Australie, Amérique),

qu'un navire Français n'est que le prolongement du territoire.

Tant que la loi de 1892 ne sera pas modifiée, le certificat de médecin sanitaire continuera à être une monstrueuse illégalité.

Certains prétendent qu'il existe d'autres certificats semblables contre lesquels on ne proteste pas, je le sais fichtre bien ! je ne les ignore pas ces fameux certificats, mais il n'est pas exact de dire qu'on ne proteste pas contre eux.

Que ceux qui prétendent le contraire se donnent la peine de lire le *Concours Médical* et le *Bulletin de l'Union des syndicats médicaux* et les périodiques médicaux soucieux de nos intérêts.

En attendant de démolir ces trop nombreux certificats, j'ose espérer qu'en ce qui touche celui des Médecins sanitaires, nous aurons bientôt gain de cause.

Personnellement, depuis bientôt trois ans, j'embarque sur nos navires postaux de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc, fort du décret même de 1896, tous ceux de mes confrères, docteurs en médecine français, qu'ils soient munis ou non du certificat. Si mes collègues des autres compagnies voulaient bien m'imiter, le certificat aurait vécu depuis longtemps.

Quant aux garanties d'indépendance et d'avenir données aux médecins naviguants, j'ai la prétention d'avoir, bien longtemps avant ceux qui s'agitent en faveur du certificat, soulevé la question et l'avoir rendue pratique dans la mesure de mes fonctions. D'autre part, le projet de loi concernant les pensions sur la Caisse des invalides de la marine a prévu pour les médecins un article (art. 27) qui va leur permettre de verser à la caisse des invalides et d'obtenir ainsi une retraite.

Voici cet article :

« Art. 27. — Sont désignés sous le nom d'a-« gents du service général, les personnes non ins-« crites (1) et remplissant cependant à bord un « emploi se rattachant à l'exploitation du bâti-« ment. La navigation de ces agents, lorsqu'elle « est exercée à titre professionnel, comme il est « dit à l'art. 3, est constatée par des matricules te-« nus dans les formes fixées par les paragraphes 2 « et 3 de l'article 4 et par l'article 5 au port d'at-« tache choisi du premier embarquement par les « intéressés.

« Les agents du service général de nationalité « française et les Armateurs doivent effectuer un « versement liquide conformément aux règles « fixées respectivement par les articles 13 et 15.

« Les articles 17 et 18 sont applicables aux ver-« sements.

« Il est constitué au profit des agents ci-des-« sus désignés, par l'Administration de la marine « et dans les conditions à déterminer par un rè-« glement d'Administration publique, un livret « de retraite sur la Caisse nationale de retraites « pour la vieillesse. Les versements prévus au « paragraphe précédent sont portés au compte de « ces livrets ainsi que les majorations allouées « par l'État sur un crédit ouvert spécialement à « cet effet dans le budget de chaque exercice. »

Déjà la Caisse dite de Prévoyance pour les accidents et les maladies contractés en service commandé, s'occupe aussi des médecins et leur fait une large part dans la pension à recevoir en ca d'invalidité contractée, au service de la Compagnie pour laquelle ils naviguent.

On voit donc que s'ouvre pour le corps médical une ère d'amélioration dans la situation du médecin naviguant ; par conséquent il ne faut pas que la médecine maritime soit le privilège de quelques-uns par l'obtention d'un certificat qui, je ne cesserai de le répéter, n'a aucune valeur scientifique et ne donne aucune garantie d'avenir à ceux qui en sont munis. Il me paraît, jusqu'à ce jour, n'être avantageux que pour les médecins commis-voyageurs en spécialités et pour quelques-uns qui, la politique aidant, obtiendront certaines fonctions administratives, qu'ils pourraient tout de même avoir sans cela.

D'autre part, un décret du Gouvernement général de l'Algérie (avril 1907) rend obligatoire la vaccination des émigrants se rendant en Algérie. Les médecins des paquebots transportant ces émigrants (passagers de 3me, passagers de pont) recevront une indemnité de 0,50 par vaccination opérée à bord. Cette opération, le Gouvernement Général de l'Algérie a autorisé à la faire pendant la traversée et je ne saurais trop recommander à mes confrères naviguant, ne de pas se laisser faire par les médecins sanitaires des ports algériens qui, si j'en juge par celui du port d'Oran, se réservent pour eux seuls le monopole de la vaccination des émigrants. Voici le passage d'une lettre que m'adresse, à ce sujet, le docteur X, médecin du paquebot *Emir* de la Compagnie de navigation Mixte.

Paquebot *Emir*, Marseille, 29 juin.

Monsieur le médecin en chef,

J'ai l'honneur de vous informer que M. le Directeur de la santé du port d'Oran interdit formellement la vaccination aux médecins des paquebots et qu'il s'en réserve le monopole.

Cette interdiction ne vous paraît-elle pas contraire aux principes de déontologie puisqu'elle lèse doublement les intérêts des médecins naviguants ;

1° On se demandera quelle est l'utilité de la présence du médecin sanitaire maritime à bord, puisque l'on se refuse à lui confier une opération aussi simple.

2° Il est ainsi privé d'un supplément de traitement qui aurait pu relever le niveau de la solde, les passagers payant 0,50 pour frais de vaccination ; il semble que les médecins des paquebots fréquentant le port d'Oran et non le seul Directeur de ce port eussent dû bénéficier du décret du 27 mai 1907.

D'ailleurs ce dernier qui, à ses émoluments, peut joindre le bénéfice d'une clientèle de ville, a encore à vacciner les nombreux passagers qui arrivent d'Espagne et du Maroc par les bateaux dépourvus de médecin.

Je ne doute pas, Monsieur le médecin en chef, que vous appuyiez énergiquement nos légitimes revendications.

Recevez (etc.)....

Je n'ai pu résister au désir de citer la lettre du docteur X, car sa protestation est on ne peut plus légitime et les prétentions du Directeur de la santé du port d'Oran, me paraissent absolument contraires aux instructions contenues dans le règlement qui accompagne le décret du Gouverneur de l'Algérie.

---

(1) Médecin, commissaire, femme de chambre, personnel du restaurant, etc.

Il est plaisant de constater que si les intérêts des médecins sanitaires naviguants sont lésés, ils le sont par ceux qui ont prétendu et prétendent encore que ces fameux certificats ne peuvent donner que des avantages à leurs porteurs.

Dr Lop (Marseille).

ÉTUDES ET PROJETS

Rapport présenté à la Commission permanente du Congrès des praticiens par la sous-commission du P. C. N.

Composée de MM. Blanchard, Gillet, Gouffier, Lefèvre.

L'institution du P. C. N., vieille déjà de 12 ans, a fait ses preuves. Les praticiens qui ont suivi avec un vif intérêt cette création, les pères de famille qui ont pu juger de l'instruction scientifique donnée à leurs enfants, les professeurs et les agrégés des Facultés et des Ecoles de Médecine qui se sont rendu compte des connaissances acquises au cours de cette année préparatoire, qui comme on le sait, se passe dans les Facultés des sciences, sont d'accord pour reconnaître que cet enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles, vulgairement appelé P. C. N. a fait faillite, tout au moins pour l'initiation des futurs étudiants en médecine.

Depuis longtemps déjà une réforme s'impose. L'administration elle-même l'a compris, puisque, par arrêté ministériel en date du 20 février 1907, paru au *Journal Officiel* du 5 mars, elle a jugé nécessaire de modifier les programmes.

Le corps médical tout entier a suivi avec un intérêt très compréhensible la réforme dont il s'agit; mais il n'a pas tardé à constater que les programmes nouveaux, très peu différents des anciens, ne répondaient pas plus que ceux-ci à ses desiderata.

C'est sur ces entrefaites que s'est réuni le Congrès des Praticiens.

Cette Assemblée n'a été que l'expression des idées longtemps mûries par le Corps médical tout entier.

Elle a, à propos du P. C. N. et de l'enseignement scientifique préparatoire aux études médicales, adopté les vœux suivants.

« 1° Les jeunes gens qui se destinent à la méde-
« cine devront être pourvus de diplômes attes-
« tant des études littéraires et scientifiques ».

2° Le P. C. N. sera remplacé par l'enseigne-
« ment de la physique, de la chimie et de l'his-
« toire naturelle dans leurs rapports avec les
« sciences médicales. »

Ce vœu appuie et complète cet autre (vœu Pinard) :

« Le Congrès émet le vœu que dans les études du P. C. N. soit instituée une section dite section « médicale. »

« 3° Cet enseignement sera fait par des pro-
« fesseurs des Facultés et Ecoles de Médecine et
« non par des professeurs des Facultés des Scien-
« ces.

« 4° Cet enseignement sera surtout pratique,
« c'est-à-dire donné principalement au laboratoire
« et même à l'Hôpital pour certaines parties. »

C'est de ces quatre chapitres que la Sous-Commission a été chargée de présenter un projet de solution pratique.

Il faut ajouter aussi le vœu suivant :

« Le Congrès émet le vœu que, jusqu'à la sup-
« pression du P. C. N. aucune infraction ne soit
« plus faite aux conditions exigées pour l'inscrip-
« tion dans les Facultés de médecine (vœu Mon-
« profit et Declercq).

Malgré le désir de notre sous-Commission du P. C. N. de vous présenter un rapport bref, allongé seulement par des annexes, il n'a pas semblé à ses membres qu'il dussent commencer l'exposé de leur travail, sans indiquer d'abord avec quel état d'esprit ils ont opéré.

Le Congrès des praticiens a voté un certain nombre de vœux. Il a transmis l'étude des moyens de leur mise à exécution à la Commission Permanente. Celle-ci n'a donc plus à discuter à nouveau en aucune façon le fond même des questions qu'il a charge de solutionner. Il a reçu un mandat impératif, absolu, tout au moins jusqu'à un autre Congrès. Chacun de nous doit donc faire abandon de toute opinion de fond, de détail qui ne cadrerait pas avec le vote du Congrès, neutraliser pour ainsi dire sa personnalité en vue du travail commun.

C'est ainsi que notre Sous-Commission du P. C. N. a cru devoir comprendre la mission que vous lui avez confiée.

Notre Sous-Commission a pensé aussi que si elle devait limiter son intervention à la question du P. C. N. elle ne devait pas oublier cependant que cette question du P. C. N. ne constituait qu'un des chaînons de l'ensemble des réformes des études médicales. Elle s'est donc efforcée d'avoir sans cesse cette notion présente à l'esprit et en particulier lorsqu'il s'est agi d'envisager les moyens proposés à la mise à exécution des vœux.

Premier vœu : (Nécessité d'études littéraires et scientifiques préalables).

Pour satisfaire à la lettre et à la pensée de ce vœu, il est nécessaire de demander le remaniement du règlement fixant les conditions d'admission aux études médicales pour les aspirants au doctorat.

Au lieu de permettre l'entrée aux Facultés et aux écoles de médecine aux jeunes gens pourvus des diplômes universitaires de cycles différents, comme l'autorise le décret du 22 juillet 1902, il faudra à l'avenir exiger les seuls diplômes sanctionnant des études littéraires et scientifiques, soit, pour l'heure actuelle, le diplôme latin-sciences c'est-à-dire, en somme l'analogue de l'ancien baccalauréat classique exigé antérieurement (décret du 24 juillet 1899, art. 1er).

Cette unification d'origine des étudiants en médecine apparaît comme une des mesures les plus profitables pour l'avenir des futurs médecins.

Toutefois, un certain nombre de jeunes gens se destinant à la médecine, pouvant être maintenant engagés dans un cycle prohibé pour l'avenir, il sera juste de créer une mesure temporaire, de 4 ans par exemple.

Deuxième vœu : (Remplacement pour les futurs étudiants en médecine du P. C. N. actuel par un enseignement véritablement adapté à leurs études ultérieures).

Nous touchons ici au point capital de l'œuvre.

Nous avons vu que l'arrêté en date du 20 février 1907, paru à l'*Officiel*, du 5 mars, publie *in extenso* un nouveau programme du P. C. N.

Malgré les bonnes intentions marquées dans ce nouveau programme et dans le commentaire qui lui fait suite, il ne paraît en aucune façon possible avec la meilleure volonté de l'accepter en vue de la préparation scientifique des futurs médecins.

Ce nouveau programme, comme son prédécesseur, pèche par la base même, l'absence d'une idée médicale directrice. Aucun des chapitres importants au point de vue des applications médicales futures ne s'y signale à l'attention d'une manière spéciale comme il le devrait et, par contre, s'étale toujours la litanie des chapitres totalement indifférents aux médecins.

Il nous faut donc laisser complètement de côté ce P. C. N. modifié aussi bien que l'actuel. Nous en abandonnons l'apanage à la Faculté des Sciences et l'usage aux jeunes gens qui veulent poursuivre la carrière scientifique pure sans orientation déterminée, candidats à l'agrégation de philosophie, au professorat de l'enseignement primaire et à divers diplômes primaires, etc.

Nous réclamons pour les futurs médecins la création d'un diplôme nouveau ou plutôt renouvelé, enseignement et *diplôme de sciences préparatoires* à la médecine, c'est-à-dire la substitution d'un S. P. M., si vous voulez, au P. C. N.

C'est la seule solution plausible pour arriver à donner aux étudiants en médecine un enseignement scientifique exactement adapté à leurs besoins, capable de leur fournir l'initiative scientifique préalable aux sciences biologiques de cours d'études.

Mais la Sous-Commission a pensé que démolir ne suffisait pas, qu'il fallait construire ; c'est pourquoi elle a élaboré non seulement le programme de ce S. P. M. mais elle a voulu entrer jusque dans les détails même de son organisation pédagogique.

En annexe au présent rapport nous adjoignons un projet de programme et d'emploi du temps minutieux de cet enseignement. Nous en profitons pour remercier ici les personnes compétentes, appartenant au monde médical scientifique, qui ont bien voulu nous prêter leur aimable et précieux concours pour mettre sur pied en si peu de temps cet important document.

Voici le canevas sommaire très général de ces programmes :

Pendant le semestre d'hiver :

Physique.

Chimie inorganique (spécialement des corps concernant la médecine).

Zoologie (spécialement des animaux intéressant la médecine).

Pour chacune de ces sciences, 5 heures de cours par semaine, soit 80 heures environ par semestre pour chaque science.

Chaque jour, 2 h. 1/2 de cours. Chaque cours de 1 h. 1/4, avec un quart d'heure d'intervalle entre chaque cours.

Chaque jour, 3 heures au moins de travaux pratiques.

Pendant le semestre d'été :

Botanique.

Micrographie : Histologie élémentaire, bactériologique et étude des organismes inférieurs, champignons, protozoaires).

Chimie organique : corps chimiques ayant des applications en médecine (sucres, albumine, alcaloïdes, etc.).

Chacune de ces trois branches, 5 heures de cours par semaine et chaque jour 3 heures de travaux pratiques.

Anatomie comparée des vertèbres basée spécialement sur l'étude du squelette — 8 leçons à prendre sur les travaux pratiques de botanique, dont une visite à un musée d'histoire naturelle.

Une excursion botanique et zoologique par semaine et la semaine (pas le dimanche) à partir de Pâques, comptant comme travaux pratiques.

Cours, travaux pratiques, excursions rigoureusement obligatoires. Carnet scolaire portant les notes des interrogations (colles) après chaque 10 leçons, annexé au dossier et produit à l'examen final.

Nous nous présenterons donc à qui de droit non avec des idées générales et vagues, mais avec un programme complet et détaillé qui se tient dans toutes ses parties et tout prêt à l'exécution immédiate.

Les programmes que nous annexons à ce rapport, tout détaillés que nous vous les présentons, n'ont pas la prétention d'être intangibles. Ils sont destinés à être mis sous les yeux des différents groupements de praticiens et à servir de base à une revision de l'enseignement scientifique préparatoire aux études médicales.

Mais même lorsqu'ils auront subi un nouveau travail de mise au point, nous ne devrons pas encore les déclarer intangibles. Il ne doit plus y avoir de programmes immobilisés. La science moderne participe à la vie moderne ; elle va à la vapeur et à l'électricité.

On doit pouvoir changer telle ou telle partie d'un programme *au moment où il le faut*, sans attendre pour cela la mise en branle de tous les rouages administratifs, compliqués, lents à se mouvoir, comme c'est le cas malheureusement avec les errements actuels. Malgré la multiplicité des conseils, des Commissions de toutes sortes, on oublie toujours de consulter les praticiens, seuls, compétents en la matière sur leurs besoins réels, point par où l'on devra commencer.

Troisième vœu : (Enseignement fait par des professeurs médecins). Ce vœu découle du second. Si l'on donne une orientation médicale à l'étude des sciences physiques, chimiques et naturelles, on ne peut plus parler de laisser le soin d'enseigner ces sciences ainsi comprises à un personnel enseignant qui ne serait pas médical.

Du reste cette nécessité saute aux yeux des professeurs des Facultés des sciences eux-mêmes. Nous pensons en effet, que l'on peut attribuer à l'un d'eux un article récent (1) dont l'auteur anonyme se montre très inquiet du retrait éventuel sinon du P. C. N. tout entier mais de la principale clientèle de celui-ci, c'est-à-dire des futurs étudiants en médecine, pour la transporter aux Facultés de médecine.

Nous n'avons pas à prendre le parti des Facultés des Sciences. Ce que nous demandons n'est pas du reste une grande innovation. Dans les villes qui possèdent une Ecole de médecine (Tours, Angers, Reims, Nantes, Amiens, etc.), et pas de Faculté des sciences, c'est à l'Ecole de médecine, par des professeurs appartenant soit à la profession médicale soit à la profession pharmaceutique qu'est donné l'enseignement du P. C. N. actuel. Les professeurs de nos Facultés de médecine,

(1) A propos des réformes du P. C. N. (*Revue générale des sciences*, XVIII, p. 390, 30 mai 1907).

qui sont bien placés pour juger du résultat de cet enseignement ainsi professé, malgré la défectuosité du programme adopté jusqu'ici, s'en montrent très satisfaits.

Nous ne faisons que proposer la généralisation de cette mesure en l'étendant aux Facultés de médecine elles-mêmes, bien entendu aux Facultés avec un statut modifié d'après les vœux émis par le Congrès.

Quatrième vœu ; (Enseignement pratique.)

Ce vœu de recourir à un enseignement pratique au laboratoire, voire même à l'hôpital, se trouve tout au long rempli dans le projet annexé à ce rapport.

En résumé nous demandons :

1° *Des modifications à apporter dans les conditions d'entrée aux facultés et aux Ecoles de médecine* :

Nécessité pour l'étudiant de fournir :

I° *Un diplôme latin-sciences* (pour le présent et non tout autre diplôme (mesure sans effet rétroactif pour les jeunes gens déjà en cours d'études).

2° *Un diplôme de sciences préparatoires à la médecine ou S. P. M.*

II° *Création de ce nouveau diplôme de sciences préparatoires à la médecine* (*S. P. M.*), dont l'enseignement spécialisé sera confié à des professeurs médecins et organisé par les soins des Facultés et des Ecoles de médecine.

Comme moyen d'action, il y a lieu de donner la publicité aux résolutions de la Commission, de faire connaître, après revision, les projets de programmes, afin d'établir un courant d'opinion.

Quant à une action plus directe, d'attendre d'abord ce qui pourra résulter du vœu, qui prime tout, du vœu touchant l'autonomie des Facultés.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Secret médical et certificats.

Dans une de ses toutes dernières séances, le « Sou médical » eut à s'occuper de la question du *Secret médical*, envisagé dans ses rapports avec les certificats à délivrer sur la demande d'employeurs à des employés ou domestiques. Il s'agissait en l'espèce, d'une action intentée par un nommé R... à un confrère, membre du «Sou médical », en violation de l'art. 378,... et en erreur de diagnostic. L'examen du cas particulier démontra l'inanité de l'accusation, aucune défaillance professionnelle, ni aucune imprudence de plume n'étant à reprocher au défendeur. Mais, la question étant mise sur le tapis, la discussion se poursuivit sur ce point délicat autant qu'important.

Comment concilier le respect de la discrétion professionnelle avec les exigences bien compréhensibles de certains clients, qui ont un intérêt primordial à s'assurer de l'état sanitaire de ceux qu'ils emploient ? et quelle est la conduite à tenir en pareil cas ?

C'est une tendance qui se répand de plus en plus d'éliminer des ateliers, manufactures et magasins tous les individus suspects de tares contagieuses, et,pour ne citer qu'un exemple, nous signalerons le résultat de la campagne anti-tuberculeuse, qui ne tend rien moins qu'à éliminer tout individu suspect de lésions bacillaires. Des certificats à délivrer aux nourrices ou au personnel de maison sont fréquemment aussi requis des médecins : doit-on refuser de les délivrer ou doit-on les établir, et comment ? Le devoir du praticien, à qui une demande de certificat est adressée par un tiers intéressé à être fixé sur l'état sanitaire d'un sujet, est de répondre qu'il est tout disposé à établir ce certificat, mais, qu'étant données les dispositions du Code pénal, il lui sera impossible de remettre une pièce de ce genre à toute autre personne que la personne en cause, ceci pour garantir l'examiné de toute violation du secret ; il importe d'insister sur ce point, pour bien faire comprendre au réquérant qu'il ne s'agit que de respecter la légalité.

On convoque ensuite le sujet à examiner, on rédige l'observation ou le certificat, qu'on lui remet, en lui expliquant à nouveau, et pour son édification, que le certificat demandé pour entrer en place, ou pour réintégrer l'atelier après une maladie contagieuse, par exemple, lui est *remis en mains propres,à dessein*,et qu'il reste libre d'en faire tel usage qu'il lui plaira. De cette façon, seule, le résultat de l'examen s'il est défavorable, reste secret entre le médecin et l'intéressé. S'il est favorable,rien n'empêchera celui-ci de le communiquer. On nous objectera ceci : un certificat défavorable n'étant pas présenté, l'employeur soupçonnera une tare. D'accord, mais celle-ci ne sera pas dévoilée *directement* par le médecin, et, c'est précisément ceci qu'il importe d'éviter. L'employeur n'aurait pas accepté le candidat dans les deux cas, délivrance directe du certificat ou non présentation, mais en droit strict, la conduite correcte est celle qui a été formulée dans la séance du Sou, en ces termes :

« Pour la sauvegarde du secret professionnel, il est admis qu'en aucun cas, un certificat médical ne doit être remis à une autre personne qu'à l'intéressé, libre à ce dernier de le communiquer à des tiers. »

A ce propos,nous extrayons de la *Gazette Médicale Belge* un échange de lettres entre confrères, et nous sommes heureux de voir que sur ce point, la question posée a provoqué une solution identique.

Cas de conscience.

M. le Président de la Fédération médicale belge, Dr MERVEILLE, à *Chénée.*

Le médecin industriel honnête, qui tient à remplir ses fonctions d'une façon irréprochable, est bien souvent placé dans une situation délicate, tant vis-à-vis du patron que de l'ouvrier, à propos du *secret professionnel* auquel l'oblige la loi. Il a des scrupules de conscience et comme « le croyant » qui s'adresse à son « confesseur », il demande à un « ancien » la conduite à tenir dans certaines circonstances. C'est ce que je fais aujourd'hui à propos de ce qui vient de m'arriver.

Un ouvrier se présente à ma visite, muni d'un bulletin officiel du chef d'industrie, pour subir un examen médical, avant d'être accepté au travail. Je constate qu'il est porteur d'une pointe de *hernie crurale* droite, irréductible, quoique non douloureuse et à peine de la grosseur d'une noix : que, de plus, il a été opéré, il y a quelques années, d'une hernie inguinale à gauche. Je ne constate chez lui aucun autre vice redhibitoire, mais je lui déclare, en toute loyauté, ce que j'ai constaté et je le préviens de ce que je ne puis m'empêcher, vis-à-vis du patron qui a confiance en moi, de signaler cette infirmité, tout en le déclarant *acceptable*, avec réserves pour le cas où un accident d'étranglement lui surviendrait au cours de son travail.

L'ouvrier me répond que deux confrères, avant moi, *attachés à la même industrie* ou du moins à la même société anonyme, ont constaté la même chose, mais déclaré sur leur certificat « apte au travail », sans faire de réserves. Il ne quitte un siège que pour gagner fr. 0,50 de plus par jour dans une autre division. Or, je remplis, *temporairement*, pendant sa maladie, les fonctions d'un de ces deux confrères.

L'ouvrier, n'a-t-il pas été *refusé* par ces confrères et n'est-ce pas parce qu'il sait que le premier est malade qu'il tente de se faire admettre chez moi ?

Il a refusé de me laisser renvoyer son bulletin mentionnant son infirmité, m'a prié de garder le secret et payé son avis : j'ai donné ma parole et j'ai lacéré le bulletin. Mais que dois-je répondre au patron ?... que l'ouvrier déclare ne pas vouloir s'engager à son service? Or, il a quitté sa besogne pour un salaire très sensiblement supérieur et l'industriel chez qui il veut entrer a besoin de main-d'œuvre. Ne va-t-il pas essayer de se faire embaucher quand même ? Et s'il lui arrive un « accident », le patron peut-il être rendu responsable d'une *infirmité antérieure à l'entrée de l'ouvrier dans ses usines* ?

D'une part, je suis lié, vis-à-vis de l'ouvrier, *légalement* par l'obligation du secret professionnel, et, *moralement*, par le respect de la parole donnée ! D'autre part, je remplace un confrère — celui-ci a, antérieurement, déclaré *acceptable* l'ouvrier. Je suis donc responsable vis-à-vis de celui-ci de sa non-acceptation dans nos usines et je l'empêche de gagner 50 centimes de plus par jour ; il sera peut-être refusé dans un autre établissement ; le voilà donc privé de son gagne-pain.

Enfin, le patron, *quoique gros industriel*, peut, mieux que l'ouvrier, supporter un dommage éventuel, résultant d'une infirmité antérieure à l'entrée du travailleur dans ses usines, mais il a confiance en moi ; il me paie (ou est censé le faire) pour que je remplisse mes fonctions loyalement. Dois-je, nouveau Ponce-Pilate, me laver les mains ? Que feriez-vous à ma place ? Quelle conduite tenir à l'avenir, dans les mêmes circonstances ? Tous les jours, nous avons des cas analogues. Je soumets ce « cas de conscience » à votre jugement.

Dr LIMET.

Réponse. — Le très remarquable travail de notre confrère le Dr Bartholomé, en voie de publication dans la *Gazette médicale*, répondra à la question soulevée par le Dr Limet comme à toutes celles où le secret médical peut être mis en cause.

Cependant, nous croyons bien faire de répondre à quelques questions de notre estimable correspondant ;

1° Appelé à examiner un sujet quelconque dans son cabinet, le médecin n'a pas à transiger sur le diagnostic, le traitement ou les conséquences d'un état qu'il constate. Il est absolument libre. Il saura évidemment éviter de mettre en cause l'honneur et la science des confrères qui auront pu voir le sujet avant lui, mais il a le droit de ne pas partager leur opinion. Dans le cas soulevé par notre confrère Limet, tout le monde comprendra du reste que l'on puisse différer d'opinion.

2° La circonstance que le Dr Limet remplaçait provisoirement un confrère malade n'enlève rien à la vérité du principe énoncé ci-dessus.

3° L'état antérieur à l'accident n'est pas envisagé pour la réparation imposée au patron.

4° Le Dr Limet a eu tort de déchirer le bulletin qu'il avait rédigé en conscience. Il devait le remettre à l'ouvrier qui avait la liberté de le remettre au patron ou de le détruire. C'est toujours ainsi que les choses devraient se passer.

Dr L. MERVEILLE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médecin. — Tribunal de commerce. — Incompétence.

Le médecin, au cas où il vend des produits pharmaceutiques, en vertu de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, ne saurait être assimilé à un commerçant et, par suite, ne peut être actionné devant le Tribunal de commerce. (Tribunal de commerce de Rennes).

Le Tribunal,

Attendu que, par exploit du 7 janvier 1907, M. frères assignent D. en paiement d'une somme de 665 fr. 40 due à la succession de leur père et demandent que ledit D. soit tenu de leur payer cette somme et aux dépens ;

Attendu que D., alléguant qu'il n'est pas commerçant, invoque l'incompétence de ce tribunal et conclut à ce que la cause et les parties soient renvoyées devant les juges qui doivent en connaître ;

Que M. frères soient condamnés à lui payer, conjointement et solidairement entre eux une somme de 200 fr. à titre de dommages-intérêts, qu'ils supportent les dépens ;

Sur la compétence ;

Attendu que le fond n'ayant point été abordé par les parties, il échet d'examiner seulement si le tribunal est compétent et doit retenir l'affaire ;

Attendu que D. est médecin à Saint-A... ; qu'il bénéficie de l'exception insérée dans l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI qui est ainsi conçu : « Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant une officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes auprès desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

Attendu qu'il a été souverainement décidé par la Cour de cassation, dans un arrêt du 20 janvier 1885, que l'exception résultant de l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI s'applique par sa nature même au débit à domicile ;

Attendu que le médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien et qui, à cause de cette circonstance, achète des médicaments pour les revendre à ses clients ne devient pas pour cela commerçant et justiciable du Tribunal de commerce ;

Attendu tout d'abord que D. n'est inscrit à la patente qu'en qualité de médecin ; or, il est universellement reconnu que les médecins ne sont pas commerçants ; ils sont classés dans la catégorie des professions dites libérales ;

Attendu que le médecin, au cas où il vend des produits pharmaceutiques, en vertu de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, n'est pas assujetti à la taxe et à la visite imposées par cette loi de germinal (art. 29) ;

Attendu que ces circonstances démontrent nettement l'intention du législateur de ne pas modifier la situation du médecin en l'autorisant dans des circonstances spéciales à vendre des médicaments ;

Attendu d'ailleurs que la jurisprudence et la doctrine sont nettement établies dans ce sens, à condition bien entendu que le médecin ne tienne pas une officine ouverte, car, dans ce dernier cas, il deviendrait un véritable pharmacien tenu, dès lors, à la patente, à la taxe et aux visites ;

Mais attendu qu'il n'en est point ainsi en ce qui concerne D, qu'il échet de dire et juger par suite de ce qui précède qu'il ne saurait être assimilé à un commerçant et que, dès lors, il y a lieu pour le Tribunal de se déclarer incompétent ;

Sur la demande reconventionnelle de D, en 200 francs de dommages-intérêts ;

Attendu qu il ne supporte aucun préjudice ; qu'avant toute procédure, du reste, les consorts M. lui ont écrit à plusieurs reprises, lui témoignant leur intention d'éviter tous frais inutiles ;

Que cette demande doit être rejetée ;

Attendu que la partie qui succombe supporte les dépens ;

Par ces motifs,

Statuant contradictoirement et en premier ressort, se déclare incompétent ;

Renvoie la cause et les parties devant les juges qui doivent en connaître ;

Déboute D. de sa demande en dommages-intérêts ;

Condamne les frères M. aux dépens de l instance.

Jurisprudence absolument constante ajoute à ce sujet le *Journal de Médecine de Paris.* Le médecin qui bénéficie de l'exception insérée dans l'art 27 de la loi du 21 germinal an XI et qui ne tient pas officine ouverte n'est pas *commerçant*; la vente de médicaments ainsi autorisée n'est qu'un accessoire qui ne saurait modifier son occupation principale qui reste l'exercice de la médecine. C'est donc avec raison que dans une telle hypothèse le tribunal de commerce de Rennes s'est déclaré incompétent.

(*Journal de médecine de Paris.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Mutuelle médicale française de retraites. — Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle médicale française de Retraites,* œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation) — soit proportionnelle (après 5 ans de participation, dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée) — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er juin dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 238, l'avoir social à 72.832 fr. 73.

Avec deux pensionnaires pour 1907 :

Une veuve.......... retraitée à 375 fr.
Un confrère impotent.. retraité à 450 fr.

Bureaux municipaux d'hygiène. — On demande des Directeurs. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour les villes ci après dans les conditions respectivement déterminées par les arrêtés municipaux :

Bastia (Corse), arrêté municipal du 20 juillet 1907, traitement : 4.000 fr.

Vienne (Isère), arrêté municipal du 28 mai 1907, traitement : 3.600 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant le 7 octobre 1907, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

La demande doit préciser notamment la date de naissance du candidat et la date des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la Commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*Journal Officiel* du 16 septembre 1907.)

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 39 Dimanche 29 SEPTEMBRE 1907



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Lapsus ou Ballon d'Essai ?

La coupure suivante nous est parvenue cette semaine.

A propos d'un accident du travail.

En réponse à un article de *la Marne*, mettant en cause l'administration des Hopitaux-Unis de Châlons, à propos d'un ouvrier victime du travail, M. le vice-président de la commission administrative de l'hôpital a adressé à notre confrère la lettre suivante :

« Monsieur le Directeur
du *Journal de la Marne*,

« J'ai l'honneur de vous prier d'insérer ce qui suit dans le prochain numéro de votre journal, en réponse à l'article paru ce matin à propos d'un accident de travail.

« Des difficultés étant survenues entre l'Administration des Hôpitaux et certaines compagnies « d'assurances, et en présence du refus de certains « médecins qui n'ont plus voulu accepter la responsabilité de continuer à soigner des ouvriers blessés, dont le premier pansement n'avait pas été « fait par eux, la Commission administrative des « Hopitaux-Unis de Châlons, à son grand regret, « s'est vue dans l'obligation de renoncer, dans un « but humanitaire, à faire les premiers pansements « *aux accidentés du travail.*

« La Commission Administrative rappelle aux « victimes d'accidents du travail qu'en vertu de l'ar- « ticle 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle « du 31 mars 1905, elles peuvent toujours faire « choix, elles-mêmes, de leur médecin et de leur « pharmacien, et qu'en conséquence, le premier pan- « sement peut, dans la plupart des cas, être fait, très « promptement, par le médecin ou *le pharmacien* « du quartier.

« Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma « considération distinguée.

« *Le vice-président,* »

Après avoir renoncé à faire les premiers pansements aux blessés du travail, dans des conditions que nous ignorons d'ailleurs, peut-être bien à l'instar de ce qui s'est vu dans les établissements de n tre A. P. Parisienne, à soixante-quinze centimes pièce, la commission administ-ative, — nous ne voulons pas mettre en doute ses intentions humanitaires, — se donne la peine de rappeler, ce qui est fort juste et légitime, que les blessés du travail ont toujours le droit de choisir leur médecin et leur pharmacien.

Cette proposition est l'expression de la plus stricte légalité et nous ne pourrions que remercier la commission administrative de ce rappel à l'esprit et à la lettre de la loi, si le porte-parole

de cette commission ne s'était cru obligé d'ajouter « qu'en conséquence le premier pansement peut,dans la plupart des cas,être fait très promptement par le médecin ou *le pharmacien* du quartier ».Ce qui rend piquante cette observation et ce qui en fait, à notre avis,le gros intérêt,c'est que le signataire de la note est, paraît-il, un ancien pharmacien.

N'est ce qu'un lapsus ? Nous voulons le croire, quoique l'auteur de la lettre, membre d'une institution administrative, ne soit pas sans ignorer les termes de la loi, et sans se rendre compte qu'il ne s'agit pas ici de paroles en l'air, mais bien d'une proposition écrite et dûment signée, qui restera,comme tous les écrits.

Est-ce un ballon d'essai ? Peut-être. Dans les deux cas, nous ne pouvons pas ne pas faire remarquer le caractère tendancieux volontairement ou non) du dernier paragraphe de cette lettre.

C'était dans un but « humanitaire » que les hospices de Châlons avaient institué un service des premiers pansements ? Est-ce encore dans un but « humanitaire » que M. le vice-président de la commission administrative veut faire prendre aux accidentés du travail le chemin de l'officine, les détournant du cabinet médical.

Il ne doit pourtant pas ignorer que le statut professionnel interdit aux pharmaciens toute intervention de ce genre, et que le « but humanitaire » ne serait atteint qu'au cas, bien improbable à Châlons, où faute de pouvoir mettre la main sur un médecin,le pansement devrait être fait par une autre personne. A supposer qu'un confrère fournisse quelque médicament, et ait la prétention de s'en faire honorer, nous en entendrions de belles. Le droit que l'on veut s'arroger fait méconnaître le droit d'autrui à l'existence. Il est facile de prévoir la perturbation qui éclaterait dans le milieu médical si demain la loi accordait aux pharmaciens le droit aux premiers pansements, souvent les seuls, dans les petits sinistres. Dans les villes industrielles, il faut bien le dire, les blessés du travail constituent la plus grosse partie peut-être, des clientèles médicales. Les ouvriers reçoivent tous, par un moyen quelconque, les soins gratuits, ou à des prix si minimes, qu'il est difficile de les tenir pour rémunérant les services rendus et les fatigues imposées. Des blessés du travail, beaucoup échappent encore aux praticiens, et nous savons la lutte âpre qu'il faut soutenir dans les grands centres pour ne pas les voir embrigader dans les dispensaires patronaux ou dans ceux qui sont installés par les compagnies, car nombreux sont les moyens d'intimidation, de coercition presque, employés couramment pour leur forcer la main. Si, donc, cette théorie se généralisait nous verrions se produire une nouvelle fissure à l'édifice professionnel déjà si entamé. Que les syndicats locaux veillent!

Dr R. DAVERNE.

FEUILLETON

Le tir à la dot.

C'était une belle et jolie fille, solide,planturcuse.

Elle avait de grands yeux noirs, des lèvres charnues et vermeilles, les joues arrondies, un teint frais et rose et une chevelure splendide, d'un noir de jais.

Elle était vêtue d'une robe de louisine bleue. La jupe était ornée de quatre volants plats, séparés par des entre-deux de dentelle blanche. Le corsage était garni devant,dans le haut et de chaque côté, de trois biais de dentelles de même couleur. La taille était serrée dans une large ceinture en caoutchouc de soie. Ce costume était complété par un chapeau de paille de riz,dont la calotte arrondie était entourée d'une guirlande de roses chair avec feuillage vert. Le bord, relevé à gauche, était recouvert, sous la passe, d'une longue amazone blanche.

Derrière, en cache-peigne, on voyait un bouillonné de mousseline de soie, traversé obliquement par trois branches de muguet fleuri.

La toilette était élégante et riche ; la coiffure était printanière, originale et très seyante.

Mais il y avait une ombre au tableau. La jeune fille avait des mains rougeaudes,qui faisaient craquer ses gants,et sa physionomie avait une expression de candeur et de naïveté opaque, qui devait fatalement amorcer les filous et les cambrioleurs.

Elle était accompagnée de son père,un campagnard cossu, enveloppé dans une blouse gros bleu toute reluisante et battant neuf, et de son oncle, un contremaître d'une des grandes usines de Montluçon, qui était mon client depuis une trentaine d'années.

Avant que ce dernier me présentât son frère et sa nièce, avant même que j'aie eu le temps de leur offrir un siège dans mon cabinet :

— Monsieur le médecin, me dit le père en se tournant brusquement vers moi, je vous amène ma fille ; je crois qu'elle est prise.

Etonné quelque peu de cet exode *ex abrupto* je regarde l'oncle, qui me répète, après m'avoir décliné sa parenté, que sa nièce est prise.

— Du moins, dit-il, nous le croyons, et nous sommes venus vous demander votre avis.

Je commençai par offrir un siège à mes visiteurs,et me plaçant en face de la jeune fille.

— Mademoiselle, lui dis-je, veuillez me montrer vos seins.

Sans la moindre hésitation, elle ouvrit son corsage, se délaça et m'exhiba ses seins l'un après l'autre.

Les deux globes étaient légèrement tombants et présentaient des veines bleues plus développées qu'à l'état normal.

L'aréole était colorée fortement,un peu boursouflée et ornée de chaque côté d'une dizaine de tubercules volumineux et bien formés (1).

Il y avait grossesse évidente et l'imprégnation remontait à deux mois et demi au moins.

— Elle est prise, dites ? M. le médecin, me dit le père d'un air navré.

— Mais, mon ami.....

— Oh ! ne vous gênez pas, Monsieur le médecin, vous pouvez le dire devant elle.

— Vos craintes sont justifiées, mon ami, votre fille est enceinte.

— Tu entends, ma fille, ce que dit M. le médecin ? Tu es prise.

La fille ne répond rien.

— Et depuis quand, malheureuse, es-tu enceinte ?

Elle ne répond pas davantage.

(1) Le tubercule aréolaire est un signe hâtif et précieux des premières grossesses.

LA SEMAINE MEDICALE

Syphilis et mariage.

Récemment, à la Société médicale des Hôpitaux, M. le Dr L. Queyrat, de l'hôpital Ricord, a présenté un enfant de neuf ans atteint de presque tous les stigmates de la syphilis héréditaire : physionomie vieillotte, asymétrie craniofaciale, blépharoptose bilatérale, kératose pilaire érythémateuse du front et des sourcils, menton sans saillie, oreille droite mal ourlée avec beau tubercule de Darwin, voûte palatine ogivale, incisives médianes supérieures disposées en auvent, mais pas de dent d'Hutchinson, amygdales hypertrophiées, veinosités thoraciques avec dépression en entonnoir sur la ligne bimamelonnaire, ensellure dorso-lombaire, légère claudication et tendance à la luxation congénitale coxo-fémorale, élargissement spatuliforme des deux pouces, cryptorchidie bilatérale, albuminurie légère, enfin, otite moyenne et sclérose tympanique à droite.

Or, cet enfant a été nourri au sein par sa mère jusqu'à 18 mois ; il était venu à terme ; il a mangé sa première bouillie à 12 mois, il a eu sa première dent à 7 mois 1/2, il a marché à 13 mois. En un mot, sa première enfance a été régulière et presque normale. Mais, d'où viennent les stigmates ci-dessus décrits ? Le père avait eu la syphilis à 24 ans ; comme cette syphilis lui avait paru bénigne, il n'avait pris comme traitement que des pilules de protoïodure pendant 15 jours ; il s'était marié seulement cinq ans après son accident initial et n'avait pas paru contaminer sa femme. L'enfant ne vint que cinq ans après le mariage, donc *dix* ans, après le premier accident du père. La mère ne fit aucun avortement dans l'intervalle, et ce n'est que quatre ans après la naissance de l'enfant que le père fut pris subitement d'accidents tertiaires ulcéro-cutanés.

« En résumé, voilà un enfant, issu de parents vigoureux, bien constitués, qui est, on peut dire, un véritable *musée de dystrophies*. Ces dystrophies multiples, nous les connaissons bien, nous sommes habitués à les rencontrer chez les enfants issus de parents syphilitiques ; récemment encore, elles viennent d'être étudiées d'une façon remarquable par M. Edmond Fournier, et si nous nous souvenons que la syphilis a débuté chez le père dix ans avant que l'enfant ne vînt au monde, nous aurons la preuve que c'est encore à longue, très longue échéance, que l'infection Fracastorienne peut retentir sur la descendance de ceux qu'elle a touchés. Il est vrai que le père, qui est dans l'espèce le point de départ de l'infection, n'a pas été traité, et je suis sûr que cet enfant serait tout autre si le père avait suivi un traitement, énergique et régulier, ou tout au moins si la mère avait été traitée pendant sa grossesse. »

— Enfin, parle donc, quand est-ce qu'il t'a vue Rousseau ?

Il faut vous dire, Monsieur, que ma fille est recherchée par un jeune homme, qui ne peut pas l'épouser.

— Et pourquoi ?

— Parce que ce n'est pas un homme mariable. Il est infirme, il boite tout bas et il n'est pas capable de faire le moindre travail. Et je suis sûr que c'est lui qui a fait le coup. Dis voir, ajoute-t-il, en se tournant vers sa fille, que c'est lui qui a fait ça.

— Oui, c'est Rousseau, dit alors la jeune personne, sortant de son mutisme.

— Eh bien, voyez, Monsieur le médecin, nous sommes bien lotis. Ma fille est enceinte d'un homme qu'elle ne peut pas épouser.

— A-t-il de la fortune ?

— Il n'a rien, Monsieur, mais ce ne serait pas un empêchement, s'il pouvait travailler. Nous la lui donnerions avec plaisir, mais il est incapable de travailler et de gagner sa vie.

— Et il y a longtemps que tu as fait ça ? dit-il en se tournant vers sa fille.

— Je l'ai fait le 15 juin.

Nous étions au 10 juillet ; il n'y avait pas un mois, et les tubercules seuls, sans les autres symptômes, annonçaient une grossesse d'au moins deux mois.

La jeune fille mentait.

— Mais, Mademoiselle, lui dis-je, c'est impossible, vous êtes enceinte de plus de deux mois ; l'événement remonte plus haut que cela.

— Eh bien ! Monsieur, je vous dis la vérité, c'est le 15 juin.

— Allons, ma fille, dit le père, ne nous cache rien, nous sommes en famille. Tu es en présence de ton père, de ton oncle et de M. le médecin, qui s'intéresse à notre famille. Dis-nous la vérité.

— J'ai dit la vérité.

— Alors, Mademoiselle, il y a erreur. Vous êtes allée avec votre ami le 15 juin, c'est possible, mais vous y êtes allée auparavant.

— Non, monsieur.

On n'en pouvait rien tirer, elle était butée. Dans tous les cas, il y avait une solution naturelle ; la jeune fille devait épouser le père de son enfant.

— *Mais, dit le père, nous n'en voulons pas, ni pour* prix, ni pour somme ; nous élèverons l'enfant s'il le faut. Mais, jamais Rousseau ne sera notre gendre, je répète qu'il est incapable de quoi que ce soit.

— Mais, Mademoiselle, vous l'aimez donc bien ce jeune homme ?

— Non, monsieur.

— Vous ne l'aimez pas ? Pourquoi vous êtes-vous donc donnée à lui ?

— Je n'en sais rien.

— Pourtant personne ne peut le savoir aussi bien que vous. Alors, vous allez l'épouser ?

— Je n'en veux pas, Monsieur.

Le père répète ce qu'il a déjà dit, qu'il aimait mieux élever l'enfant et le garder avec lui.

La consultation avait pris fin, puisqu'on était venu pour savoir si la jeune fille était enceinte et que la famille était fixée sur ce point.

Mes clients s'étaient levés ; j'avais ouvert la porte de mon cabinet. Ils étaient prêts à sortir.

Il me vint une idée.

Comme la jeune personne affirmait avoir vu Rousseau une fois, une seule fois et c'était le 15 juin il était possible, que dis-je, il était certain qu'un autre y était passé, puisque la grossesse datait d'au moins deux mois et demi.

Réflexion faite, je fis rentrer et asseoir de nouveau mes clients, et m'adressant à la jeune fille.

—Mademoiselle, vous avez vu ce jeune homme le 15 juin et seulement le 15 juin; vous êtes enceinte de

L'épreuve de l'atropine.

L'épreuve de l'atropine est une réaction physiologique fort utile au diagnostic précis des affections du cœur, signalée par M. le Dr VAQUEZ, de Paris.

Le distingué clinicien conseille d'avoir recours à cette épreuve pour différencier les bradycardies symptomatiques d'une affection cardiaque des bradycardies d'origine nerveuse.

Dans les bradycardies d'origine cardiaque par affaiblissement du myocarde, l'atropine passe inaperçue.

Au contraire, dans les bradycardies d'essence nerveuse, l'administration d'un milligramme d'atropine provoque une telle accélération du pouls que celui-ci peut bondir de 60 à 120 pulsations sous la simple action de cette épreuve qui devient ainsi révélatrice.

Le signe de Kernig en dehors des méningites.

Depuis que Kernig a fait connaître le signe auquel il a attaché son nom, et qui consiste dans la contracture des fléchisseurs de l articulation du genou et parfois aussi de ceux de l'articulation du coude, contracture facile à constater en faisant asseoir les malades sur le bord du lit, les jambes pendantes, on a cru posséder un symptôme presque pathognomonique des méningites. Or, de nombreuses recherches ont montré à plusieurs cliniciens que ce signe de Kernig existe dans beaucoup d'autres affections. M. le Dr ALFRED JOURDAN, de Paris, a consacré sa thèse à l'examen de ces diverses maladies qui peuvent s'accompagner du signe de Kernig.

« Et d'abord, dit M. Jourdan, le signe de Kernig considéré comme un symptôme pathognomonique de l'irritation méningée, peut se rencontrer au cours d'affections diverses, dans lesquelles les moyens d'investigation que nous possédons à l'heure actuelle ne permettent pas de déceler le moindre trouble fonctionnel des méninges.

Cliniquement, sa valeur est variable suivant qu'il est bilatéral ou seulement décelable au niveau d'un des membres inférieurs.

Bilatéral, il plaide en faveur d'une réaction méningée nette avec hypertension du liquide céphalo rachidien ou présence d'éléments figurés ; ou bien il traduit, par la seule augmentation de sa teneur en albumine, une réaction fruste des méninges, due vraisemblablement à l'action des toxines microbiennes amenant une vaso-dilatation de l'axe cérébro-spinal.

Unilatéral, il est plus souvent symptomatique d'altérations de la fibre des muscles fléchisseurs au cours d'une névrite (sciatique), d'une lésion nerveuse cérébrale et, plus généralement, d'une affection susceptible de causer des troubles trophiques musculaires.

---

deux mois et demi au moins. Vous avez un deuxième amant.

— Non, Monsieur, dit-elle en rougissant.

— Allons, ma fille, dit le père. Avoue-le, nous ne te ferons pas de reproche ; tu me feras même plaisir de m'avouer qu'il y en a un autre.

— Elle hésite un instant, puis tout à coup ;

— Eh bien, oui, il y en a un autre.

— Lequel ? demanda le père.

— C'est Mage.

— Eh bien, dit le père, je suis content, si c'est Mage.

Se tournant vers moi ;

— Vous me rendez heureux, Monsieur, d'avoir fait dire la vérité à ma fille.

— Ce jeune homme est bien ?

— Il n'est pas riche, Monsieur, il n'a rien. Il n'est pas beau non plus ; mais il est adroit de son corps et il peut gagner sa vie.

— Eh bien, il faut les marier.

— C'est ce que nous ferons, et le jeune homme sera bien content ; il y a longtemps qu'il en a envie.

— Vous l'aimez celui-là, Mademoiselle ?

— Oui, monsieur,

— Quand vous a-t-il vue ?

— Le 23 avril.

— Depuis, vos règles ne sont pas revenues ?

— Si, monsieur, elles sont revenues le 3 mai, il y en avait très peu.

— Vous ne l'avez pas revu ?

— Je l'ai revu le 14 mai, le 23 mai, mon sang est revenu ; seulement, il n'y en avait presque pas.

Les rapports sexuels remontaient donc au 23 avril. La grossesse avait débuté à cette date. Le sang était venu le 3 mai mais en petite quantité ; il n'y avait presque rien le 23. L'imprégnation était certainement antérieure au 14 mai.

L'aréole était caractéristique.

Elle était tellement bien formée et saillante que j'étais tenté de faire remonter la grossesse à une date antérieure.

Cela aurait supposé un troisième soupirant. C'était déjà beau d'avoir la paire.

Je n'insistai pas. Tout le monde était content. L'héroïne de l'aventure paraissait indifférente ; mais la joie de son père et de son oncle avait fait fondre la glace et elle parlait.

Le père ne savait comment me témoigner sa reconnaissance. Je n'avais pas fait d'ordonnance ; je n'avais même pas eu de conseil à donner. Ce n'était pas une consultation, c'était une simple constatation, doublée d'une récitation qui remplissait le père d'allégresse. Il ne disait pas : « Quel malheur d'avoir un gendre ! ». Oh non. Il était heureux d'avoir un gendre, qui ne fût pas estropié. Et encore, je parlai ainsi dans l'hypothèse du mariage. Qui sait ce qu'il arrivera ? Dans tous les cas, cet assaut d'une héritière par des jeunes gens de rien ne manque pas de piquant.

Il y avait le tir à la cible, le tir aux pigeons, etc. Il y aura le tir à la dot ; non que ce genre de sport soit nouveau. Il est sans doute ancien comme le monde ; mais il n'avait pas que je sache, reçu de dénomination.

Ce vocable peut ne pas vous plaire, mes chers confrères, choisissez-le ; nommez-le : tir à l'héritière.

Quoiqu'il en soit, il n'est ni plus habile, ni plus moral que le vol à la tire.

Mais, vous comprendrez avec moi qu'il est plus alléchant, moins dangereux et surtout, qu'en pensez-vous ? beaucoup plus agréable.

Montluçon, le 23 août 1907,

P. COULHON.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sa constatation, au cours de ces différentes affections, quelles qu'elles soient, n'a de valeur que si elle est accompagnée de l'examen physique, chimique histologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien prélevé sur le vivant, et de l'examen nécropsique s'il y a lieu.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker : M. le Professeur BERGER

Traitement des adénites tuberculeuses du cou.

La présence, dans le service, de deux malades atteintes d'adénite tuberculeuse des ganglions du cou, m'engage à vous parler de cette affection, à la fois banale et importante à connaître. J'étudierai principalement les moyens de traitement ; je m'appesantirai, en particulier, sur la thérapeutique qui convient chez les sujets jeunes du sexe féminin, où entre en ligne de compte un élément spécial : la cicatrice. Même non difforme, une cicatrice d'adénite tuberculeuse du cou constitue une tare. Quand il s'agit d'une jeune fille, elle diminue ses qualités, ses aptitudes aux emplois commerciaux et aussi au mariage.

Sans autre préambule, je vais aborder l'histoire de ma première malade. C'est une jeune fille dont l'aspect est, au premier abord, satisfaisant. Son visage est agréable, coloré, non amaigri. Elle est venue nous voir, il y a quelque temps, pour une tuméfaction sous-maxillaire, arrondie, de la grosseur d'une noix, soulevant la peau et débordant le bord du maxillaire inférieur. Les téguments, de coloration normale, glissaient librement sur la tumeur. Celle-ci était elle-même mobile sur les parties sous-jacentes. La tumeur en question semblait dure au premier contact ; mais, si on la saisissait entre le pouce et l'index d'une main et si on appuyait sur elle avec l'index de l'autre main, on percevait une certaine rénitence ; en appuyant avec les deux index, on trouvait de la fluctuation. C'était un ganglion abcédé. La suppuration était entourée d'une coque et ne s'était jamais manifestée par aucune réaction générale. Le volume de la lésion, seul, avait attiré l'attention de la malade.

Lorsqu'on trouve au cou, dans ces conditions, un ganglion suppuré, on diagnostique un abcès tuberculeux. Il y a plus : la constatation d'un tel ganglion est un indice, un stigmate de tuberculose, qui vient aider à préciser la nature d'autres affections du reste de l'organisme. Les opinions médicales n'ont pas toujours été aussi précises sur ce point. A l'époque où l'on discutait l'unité de la tuberculose et de la scrofule, on admettait des engorgements ganglionnaires cervicaux, dits scrofuleux. Les inoculations aux animaux sont venues éclairer le sujet et ranger ces engorgements scrofuleux dans la tuberculose. Et, cependant, on ne saurait encore aujourd'hui rejeter entièrement l'existence d'abcès ganglionnaires chroniques non tuberculeux. Je laisse de côté, bien entendu, les syphilides tertiaires des ganglions et les ganglions cancéreux abcédés. Je veux parler d'engorgements ganglionnaires cervicaux ayant tout à fait l'apparence d'abcès tuberculeux du cou et qui pourtant ne sont pas dus à la tuberculose. Il se produit au cou, chez certaines personnes en puissance de scrofule, des infections ganglionnaires vulgaires, d'origine streptococcique, staphylococcique, ou autre, susceptibles de déterminer des inflammations dures d'abord, ramollies ensuite. A l'examen anatomique, on ne trouve pas de follicules tuberculeux. Il existe donc des abcès ganglionnaires froids du cou qui peuvent ne pas être bacillaires : toutefois, à mesure que l'on connaît mieux la tuberculose, les abcès ganglionnaires de cette espèce apparaissent de plus en plus rares. Ces engorgements inflammatoires font le lit de la tuberculose et la lésion finit par devenir un abcès tuberculeux. Aussi, s'il faut admettre, en principe, la possibilité d'engorgements et d'abcès ganglionnaires du cou non bacillaires ressemblant aux abcès tuberculeux, c'est là une distinction bien délicate à apprécier et bien rare à établir.

Chez notre malade, nous avons la preuve de la tuberculose. Ses antécédents de famille sont défavorables. Elle-même présente des altérations — légères, mais réelles — des sommets. C'est, par conséquent, chez elle, un engorgement sous-maxillaire suppuré d'origine nettement tuberculeuse.

Nous nous sommes demandé quel traitement nous devions appliquer chez cette malade. Quand on a affaire à un engorgement cervical tuberculeux, la première règle thérapeutique à mettre en usage, c'est le traitement médical, l'hygiène, le régime, l'alimentation, l'aération, les bains de mer, l'huile de foie de morue, les arsenicaux.

Ce traitement ne suffit plus en présence d'un abcès, fut-il bien encapsulé. Au bout d'un temps plus ou moins long, en effet, on voit les parties adjacentes se prendre, la peau adhérer, l'abcès s'ouvrir et il s'ensuit des cicatrices vicieuses. Il y a intérêt à ne pas attendre. Que faire, dès lors ? Les anciens s'étaient dits que, pour avoir une cicatrice ne laissant pas trop de traces, il fallait inciser, ouvrir chirurgicalement l'abcès avant la production des adhérences. Et l'on ouvrait l'abcès prématurément : la suppuration durait, malgré cela, très longtemps.

Depuis que les chirurgiens ont osé pénétrer dans les parties profondes et pratiquer des ablations ganglionnaires, un autre procédé a été mis en avant : l'extirpation des ganglions malades. Ce procédé, après avoir été employé très largement, a subi un arrêt ; puis, grâce aux précautions dont on s'entoure maintenant, il est redevenu plus en honneur. Avec l'ablation, on termine à la fois la maladie et ses suites, la suppuration prolongée en particulier. On obtient une cicatrice linéaire et, comme disent les chirurgiens, — à leur point de vue — agréable à voir !

Il ne faut pas exagérer. Les extirpations, pratiquées en grand nombre il y a 20 ans, ont donné certains résultats fâcheux, défavorables, et même mortels. On est amené, au cours de l'opération, à se rapprocher des gros vaisseaux et des nerfs du

cou, de la carotide, de la jugulaire, du pneumogastrique, auxquels les ganglions peuvent adhérer plus ou moins directement : d'où des complications opératoires, rares heureusement, quoique possibles. Ce n'est pas là cependant ce qui arrêterait les opérateurs. En réalité, l'avantage des extirpations est peut-être plus apparent que réel. Si l'on se rapporte aux statistiques données par divers auteurs, on voit que, par exemple, sur 104 ablations et 80 malades revus, il y a eu 60 guérisons, 14 ou 15 récidives, et un certain nombre de morts par tuberculose ultérieure ; sur 54 résultats suivis, on trouve encore, 21 fois, une persistance de lésions modérées, petites fistules, suppuration. Ces reliquats sont beaucoup moindres que les lésions initiales, mais enfin ce n'est pas une guérison aussi radicale qu'on le pensait. Dans des statistiques plus récentes, on a noté 50 % de guérisons absolues et 21 ou 22 % de récidives sur d'autres ganglions. En somme, l'ablation des ganglions malades, tout en fournissant des cas de guérison durable et en supprimant l'évolution pathologique du foyer, n'a pas le caractère radical que l'on s'était figuré. Un point sur lequel je ne partage pas l'avis de beaucoup de chirurgiens, c'est celui concernant les cicatrices. Pour un chirurgien, elles sont très belles ; pour tout autre, elles sont désagréables à voir. Chez les jeunes sujets, de telles cicatrices sont des malheurs. Elles sont visibles et l'on sait qu'elles sont dues à une affection qu'elles semblent caractériser. Elles indiquent la tuberculose et elles sont considérées comme une tare.

Donc, on doit y faire très attention et ne pas passer à la légère sur ces cicatrices. Il y a le bilan pour et le bilan contre l'extirpation des ganglions. En face d'un cas donné, pour juger la question, il faut établir des distinctions. Nous distinguerons, pour cela, quatre groupes de cas.

Premier groupe. — La tuberculose cervicale est mono-ganglionnaire. Il y a une tumeur, plus ou moins volumineuse, visible, soulevant la peau, indépendante des parties profondes, extirpable assez aisément. Quand le traitement général a produit son effet, qu'il a été prolongé pendant un temps convenable, et qu'on ne peut plus espérer et attendre la résolution, alors, il faut enlever la partie malade. Pour cette première variété, monoganglionnaire, mobile, non suppurée, l'extirpation est une excellente opération, lorsque le traitement général a dit son dernier mot. Ce n'est pas là, il est vrai, le fait le plus ordinaire.

Deuxième groupe. — A côté du ganglion sous-maxillaire engorgé, il y a un petit chapelet sterno-mastoïdien, quelquefois une adénite du côté opposé. Dans l'extirpation, pour pouvoir tout enlever, vous seriez obligé d'inciser tout le long du cou. Si vous laissiez quelques ganglions intéressés, vous verriez s'y développer, un jour ou l'autre, une lésion analogue. Il est nécessaire, dès lors, de faire des incisions énormes : cela devient une opération importante — ou incomplète et ne remplissant pas son but.

Troisième groupe. — Un seul ganglion est engorgé, mais il n'est plus dur ; il est ramolli, suppuré. La peau est indemne ou non ; il y a abcès. C'était le fait de notre malade. Doit-on traiter ces cas comme les engorgements uniganglionnaires solides. On serait tenté d'agir ainsi, car, si l'on n'intervient pas, l'abcès va s'ouvrir. Toutefois, il faut savoir que, si l'on pratique l'extirpation, on a grande chance d'ouvrir l'abcès au cours de l'intervention et de voir le pus infecter la plaie. Malgré les soins et les précautions, on évite assez difficilement cet accident.

Quatrième groupe. — C'est le plus défavorable. La chaîne ganglionnaire est multiple et réunie en une masse. On trouve une plaque polyganglionnaire adhérente à la peau, aux parties profondes, suppurée par places, avec souvent un, deux, trois trajets fistuleux anastomosés ou non. L'ablation exige une exérèse considérable de tissus. L'opération conduit près des gros vaisseaux et expose à des hémorrhagies, quelquefois à l'infection.

Je reviens à notre malade. Il s'agit d'un gros abcès ganglionnaire unique. Y a-t-il, en pareil cas, en dehors des traitements dont je viens de parler, d'autres procédés thérapeutiques pouvant être employés utilement ? Il est une méthode à laquelle j'accorde quelque préférence dans les abcès de ce genre ; c'est la ponction aspiratrice, l'évacuation suivie d'injection d'un liquide modificateur. Cette méthode m'a procuré des succès. Je me suis, d'abord, adressé aux injections d'éther iodoformé et j'ai pu obtenir des guérisons, à la suite même d'une seule injection. Toutefois, une aventure désagréable est venue me faire abandonner cet agent médicamenteux. Je pratiquai, un jour, chez une jeune fille, une ponction suivie d'une petite injection d'éther iodoformé. Je vis alors, immédiatement, la partie intéressée se tuméfier, une infiltration blanche, une sorte d'emphysème dû aux vapeurs d'éther se produire. Or, il n'est pas indifférent d'injecter de l'éther dans la peau et dans les tissus ; il en résulte souvent de la gangrène. Pour éviter d'avoir une grande plaque de gangrène, je dus faire une incision d'un centimètre environ et exprimer doucement les tissus autour, de façon à faire sortir l'éther. Les vapeurs s'échappèrent par l'incision et la peau se recolora. Je n'eus pas, de la sorte, à craindre de grands dégâts. Il s'ensuivit, néanmoins, une petite escarre et une cicatrice beaucoup plus visible, que je ne l'avais pensé.

La ponction avec injection d'éther iodoformé a donc des inconvénients. J'emploie plutôt, maintenant, le naphtol camphré. J'y ai eu recours une première fois, dans les conditions suivantes. C'était chez une de mes malades, atteinte d'abcès sus-claviculaire. Je ponctionnai le petit abcès, j'injectai du naphtol camphré et je réaspirai la plus grande quantité du naphtol. J'appliquai ensuite du collodion, comme pansement occlusif. Je vis alors l'abcès à nouveau grossir. L'orifice de ponction se rouvrit et laissa s'écouler des débris, des magmas de tubercules mêlés de naphtol camphré. Les jours suivants, je fis de l'expression. Le liquide diminua, et, au bout d'une semaine, l'ouverture se ferma. La guérison fut obtenue sans cicatrice après quelques mois.

Depuis lors, j'ai mis en œuvre ce traitement dans un grand nombre de cas. Ayant remarqué que l'évacuation ultérieure semblait nécessaire pour la guérison, voici comment je règle l'opération. En présence d'un abcès ganglionnaire, avec un bistouri fin — un couteau à cataracte, par exemple — je ponctionne, après asepsie, la partie saillante sur une longueur d'un à deux millimètres et je fais sortir le pus, en ayant soin de bien maintenir le parallélisme des plaies. Le pus étant

évacué, j'introduis une fine curette — la curette des dermatologistes est parfaitement adaptée à cet usage — et, pendant 3, 4, 5 minutes, je curette l'abcès, en soutenant la peau, de façon à enlever la membrane pyogène. De temps en temps je retire l'instrument, je presse sur le ganglion pour chasser la bouillie pathologique et je lave ensuite la cavité avec une seringue remplie d'eau stérilisée. Lorsqu'il ne sort plus que du sang, j'injecte du naphtol camphré, une fois, deux fois, en le faisant ressortir de façon à n'en laisser qu'une faible quantité. Les jours suivants, je défais le pansement, j'introduis un stylet dans la petite plaie — avec des précautions antiseptiques minutieuses pour ne pas avoir d'infection secondaire — et après avoir décollé les lèvres de cette plaie, je chasse le contenu du ganglion et je réinjecte du naphtol. Je répète ces manœuvres tous les jours, tant que je puis réouvrir la plaie. Progressivement, la poche se ferme : au bout de quelques jours, on ne peut plus y faire pénétrer que quelques gouttes de naphtol camphré; puis, bientôt, rien n'y pénètre.

J'ai obtenu, ainsi, des guérisons sans trace dans un grand nombre de cas. Mais cette règle, comme toute règle, souffre des exceptions, et notre malade actuelle rentre dans le groupe des exceptions.Chez elle, l'abcès étant assez volumineux, je dus pratiquer une incision un peu large et un curetage sous le chloroforme. La patiente eut, d'autre part, le tort de quitter l'hôpital trop tôt : c'était aux environs de Pâques, et elle désirait rentrer dans sa famille. Elle nous est revenue avec une nouvelle collection,un décollement de la peau, même. La lésion s'était reproduite avec, en outre,propagation au tissu cellulaire sous-cutané. Il n'y avait plus à hésiter. J'ai incisé plus largement, j'ai cureté à nouveau et j'ai eu recours, depuis, à l'injection de naphtol.J'espère que, malgré cet incident fâcheux, les choses se termineront favorablement. Néanmoins, j'ai tenu à vous montrer ce cas défavorable, où je n'ai pas atteint le but désiré, c'est-à-dire la guérison sans trace, parce que l'abcès était un peu volumineux et parce que le traitement n'a pas été suivi dans toute sa rigueur.

Vous voyez que, si nous avons des procédés efficaces, ils ne sont pas infaillibles et laissent quelquefois la nécessité d'incisions plus grandes, trop heureux si la suppuration ne se prolonge pas, s'il n'y a pas fistulisation.

Il est d'autres cas plus défavorables encore. En voici un exemple. Il s'agit d'un sujet de 21 ans,qui présentait, sur le côté droit, une tumeur formée par deux ganglions énormes, superposés. Je conseillai le traitement général, les injections hypodermiques de cacodylate de soude, les applications de compresses trempées dans l'eau de Salies-de-Béarn. Nous vîmes la lésion s'aggraver, augmenter manifestement. Les ganglions isolés se confondirent, adhérèrent à la peau, qui prit une teinte rouge ; il y eut de la fluctuation. Ainsi, voilà deux ganglions d'abord isolés, qui, malgré le traitement, se sont transformés en un paquet, en un gâteau pathologique constitué par les ganglions et l'infiltration tuberculeuse périganglionnaire. Que faire, en pareil cas ? Lorsque les ganglions étaient mobiles, isolés, je ne me suis pas senti le courage, pour les enlever, de faire une incision de 6 à 8 centimètres ; je le regrette maintenant. Il faut ouvrir, faire une ouverture de 1 cent. à 1 cent. 1/2, et, après avoir évacué le contenu, calibrer l'ouverture avec un tube à drainage. Dès que les phénomènes inflammatoires seront tombés, nous ferons dans la cavité ganglionnaire des injections de naphtol camphré, mais nous devons craindre un résultat insuffisant et il deviendra probablement nécessaire, un jour ou l'autre, d'avoir recours à une ablation large.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNÉCOLOGIE

Comment il faut entendre le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Par M. le Dr Paul Petit,

Chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Michel.

Il est actuellement admis qu'un grand nombre de phénomènes pathologiques de la grossesse (éruptions diverses, ptyalisme, néphrite, éclampsie, vomissements incoercibles, etc.) se rattachent à une auto-intoxication. L'école de M. Pinard, précisant encore davantage, en fait la résultante commune de l'*insuffisance hépatique*, le syndrome d'une *hépato-toxémie*.

Mais il faut se méfier en clinique des formules trop absolues, surtout quand elles n'ont pas suffisamment subi l'épreuve du temps : or, en ce qui concerne très particulièrement les vomissements incoercibles, il n'est pas permis, devant les leçons de l'expérience, de négliger, comme on tend à le faire actuellement, l'ancienne théorie de l'action réflexe.Nous ne pouvons même nous contenter de lui voir laisser un rôle encore possible mais secondaire,car nous avons observé plusieurs faits, et bien d'autres que nous en ont observé un grand nombre dans lesquels l'influence de l'action réflexe était manifestement prépondérante et même suffisante.

Voici un exemple de ce que peut donner, dans l'espèce, le bromure de potassium *manié de façon convenable*,car tout est là ; je veux dire : à la dose suffisante, aux intervalles voulus et par la voie rectale.

Une dame X.., qui m'est amenée, le mois dernier, dans le service gynécologique de l'hôpital Saint-Michel, a eu une première grossesse, il y a neuf ans, sans vomissements et à terme, puis une deuxième, une troisième et une quatrième grossesse, toutes les trois avec vomissements incoercibles, contre lesquels tous les moyens employés ont échoué, sauf l'avortement provoqué. Cinquième grossesse, il y a deux ans 1/2, menée à terme, avec vomissements n'ayant pas présenté le caractère incoercible. Depuis le début de la sixième grossesse actuelle qui date de deux mois, vomissements de plus en plus répétés et qui ont pris, depuis une quinzaine, un tel caractère de gravité qu'on décide, après consultations multiples, l'envoi à l'hôpital, afin de provoquer l'avortement. A son entrée : malade très maigre, très affaiblie, très agitée, dans un état nauséeux constant, vomissant tout ce qu'elle prend. Facies anxieux ; lèvres sèches ; dents et gencives recouvertes d'un enduit fuligineux ; haleine très fé-

tide. Ecoulement vaginal abondant, verdâtre. T. 36°8. Pouls à 120, d'une façon soutenue.

Dès son entrée j'ordonne : un grand lavement purgatif suivi, 3/4 d'heure après son émission, d'un lavement bromuré de 3 gr. qui est gardé et doit être renouvelé dès le lendemain matin — de la glace au creux épigastrique, une cuillerée à bouche de lait coupé d'eau de Vals et glacé toutes les heures, puis toutes les 1/2 heures, s'il est gardé, des lavages fréquents de la bouche et une injection vaginale antiseptique.

La nuit suivante a été très agitée, *mais la malade n'a pas eu un vomissement*, elle a toléré tout le lait qu'elle a pris. Le lendemain matin, à la suite d'un nouveau lavement bromuré de 3 gr., je tente un lavage de l'estomac mais suis obligé d'y renoncer devant l'indocilité de la malade. J'administre alors *moi-même* de l'eau de Sedlitz. Les trois premiers verres donnés *coup sur coup* sont vomis ; mais un quatrième et un cinquième, administrés immédiatement après sont gardés et provoquent dans la journée plusieurs selles très fétides qui sont facilitées par des lavages intestinaux. On continue l'administration toutes les heures du lait coupé et glacé sans l'apparition d'un seul vomissement. Les trois jours suivants même médication, c'est-à-dire lavement bromuré de 3 gr. matin et soir, glace au creux épigastrique, purgation, lait en quantité progressive..... et le pouls étant redevenu normal, sans aucune reprise des vomissements, on remet peu à peu la malade à son alimentation ordinaire en se bornant à assurer la liberté de l'intestin.

Dans ce cas, je n'ai pas cru devoir, étant donnée l'opinion actuelle, différer, pour expérience, la purgation, mais l'effet du lavement bromuré, qui, d'ailleurs, l'a précédée, a été tellement net et rapide qu'il n'est pas niable. Je dois dire qu'il l'a été tout autant dans les quelques autres cas de vomissements incoercibles de la grossesse que j'ai eu à traiter.

Je garde particulièrement le souvenir d'une dame que je soignais inutilement depuis une quinzaine par les moyens usuels, y compris la purgation (à cette époque il n'était pas question de superpurgation) et qui commençait à vivement m'inquiéter quand je réussis à couper net ses vomissements dès le premier jour de l'administration du lavement bromuré biquotidien de 3 gr. Même réussite chez cette même dame, lors d'une deuxième grossesse. Il est vrai qu'il s'agissait d'une hystérique à grandes attaques et peut-être ferait-on bien, chez toute femme atteinte de vomissements gravidiques tenaces, de rechercher systématiquement les stigmates hystériques, sans préjudice des signes de l'hépatotoxémie.

Dans deux cas, qui m'ont été relatés, des faisceaux de laminaires introduits dans le col, dans le but de faire avorter la patiente, ont provoqué l'arrêt immédiat des vomissements et la grossesse a pu dans la suite arriver à terme sans qu'ils reparussent. On en a cité beaucoup d'autres analogues, dans lesquels la dilatation cervicale, obtenue avec des laminaires, des éponges préparées ou simplement avec le doigt a été suivie du même succès. Dans d'autres faits tout récents, c'est l'auto-suggestion qui entre en cause avec l'appareil opératoire d'un avortement simulé sous le chloroforme. Peut-on nier en pareils cas l'action réflexe ?

A ceux qui ne jurent que par l'auto-intoxication, faut-il donc rappeler que les aliments les plus propres à la provoquer sont souvent les mieux tolérés par les femmes enceintes, même atteintes de vomissements incoercibles ? que ces vomissements cèdent le plus habituellement dès la mort du fœtus où dès l'avortement ? qu'ils s'amendent même ordinairement d'eux-mêmes, sans traitement ni régime, vers le 4e mois ?.

Avons-nous du reste l'idée de refuser toute influence à l'auto-intoxication ? Assurément non, nous en sommes encore à attendre qu'on nous livre les toxines de l'hépato-toxémie, mais nous ne croyons pas qu'on puisse nier les effets de la banale stercorémie et la plupart des femmes enceintes étant constipées, surtout les nerveuses, cela nous suffit pour nous déterminer à les purger et à les mettre au régime, surtout quand elles vomissent... mais ce que nous demandons, c'est que l'on n'oublie pas l'influence ordinairement sinon toujours, prépondérante, chez ces femmes, du réflexe nerveux et l'effet souvent immédiat d'un *traitement antispasmodique bien compris* alors que la désintoxication par la purgation et le régime demande 4 à 5 jours pour agir.

Il faut aussi combattre les lésions utéro-vaginales (rétroversion, pseudo-ulcération du col, etc.) causes possibles du réflexe quand elles existent.

Pour ce qui est du traitement antispasmodique général, je ne saurais trop insister sur les heureux effets du bromure de potassium à la dose de 6 gr. *pro die* en deux lavements régulièrement espacés et sur l'utilité de l'isolement absolu ou tout au moins relatif confié aux soins d'une garde intelligente, qui évite autant que possible à la malade les néfastes effets de la sollicitude trop inquiète de ses proches.

Pour ce qui est de désintoxiquer, est-il toujours besoin, chez une femme déjà épuisée, d'aller jusqu'à la superpurgation ? Une purgation ordinaire suffit pourvu qu'elle passe, mais pour obtenir ce résultat il faut que le médecin se donne la peine d'administrer *lui-même* l'eau purgative car bien plus facilement qu'une infirmière ou une parente il obtiendra de la malade qu'elle consente, après en avoir vomi trois ou quatre verres, à prendre encore celui qu'enfin elle gardera. La conduite minutieuse du régime alimentaire au point de vue qualité, quantité, intervalles des prises, a aussi une importance capitale.

Si la mise en œuvre des moyens précédents (lavements bromurés, désintoxication, et, accessoirement traitement génital, s'il y a lieu) ne suffit pas, ce que je n'ai pas encore vu, il me paraît d'obligation, avant d'interrompre la grossesse, d'essayer encore de la dilatation du col et de l'avortement simulé sous le chloroforme.

Le succès en pareille matière, comme en bien d'autres, appartient à ceux qui, sachant s'inspirer des données nouvelles sans faire fi de celles que l'expérience a consacrées, peuvent s'entourer d'aides consciencieux et dévoués.

Dr Paul Petit.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement local et interne de la blennorrhagie

Par le professeur A. Neisser.

La blennorrhagie que cause le gonocoque est

une maladie qu'il importe de guérir aussi promptement que possible, tant pour mettre le malade à l'abri des complications et des métastases que pour sauvegarder les autres individus des dangers de l'infection. Sans conteste, le procédé le plus sûr et le plus rapide pour faire disparaître l'agent pathogène consiste à déposer sur les muqueuses infectées des antiseptiques appropriés, et en particulier des sels d'argent.

La méthode des lavages ne peut être employée que par des médecins ou des infirmiers exercés, mais tout malade pas trop maladroit peut pratiquer des injections. Bien que cette opération soit peu dangereuse, le médecin doit la pratiquer lui-même la première fois et la faire exécuter devant lui par le malade. Le liquide doit être injecté lentement et sans force. Il vaut mieux faire deux ou trois injections consécutives de 15 ou de 10 minutes qu'une seule de 30 minutes : on aura ainsi moins de chances de voir pénétrer dans l'urèthre postérieur un liquide encore chargé de gonocoques virulents. En effet, quand le liquide séjourne trop longtemps dans l'urèthre antérieur, il finit par vaincre la résistance du sphincter membraneux, il contamine alors l'urèthre postérieur et expose à l'orchite.

Si l'on dispose d'un aide, il est bon de limiter la pénétration du liquide en comprimant l'urèthre à la racine de la verge. En effet, lorsqu'on fait ces injections dès le début de la maladie, on peut être assuré qu'au bout de huit jours le processus morbide n'a pas encore dépassé les limites ainsi fixées.

Non seulement l'injection doit être poussée avec une force insuffisante à vaincre la résistance de la portion membraneuse, mais encore le malade doit être au repos, assis, ne faire aucun effort du périnée et ne pas retenir le liquide quand il se sent le besoin d'uriner.

M. Neisser conseille de faire faire chaque jour, par le médecin ou l'infirmier, une injection d'une solution contenant 3 % de protargol et 5 % d'antipyrine ; le malade fera en outre trois injections avec 0,25 % de protargol et 3 % d'antipyrine. S'il y a de l'irritation on suspendra l'injection forte.

Peut-on traiter convenablement la blennorrhagie par les seuls balsamiques ? Non. Mais les balsamiques sont précieux en diminuant la sensibilité et l'irritation des muqueuses, en atténuant la suppuration et le gonflement. Ils facilitent le traitement local ; ils activent la guérison et évitent peut-être les complications. Mais ils ne doivent pas empêcher de recourir au traitement local, car, quelque utiles qu'ils soient, ils ne peuvent agir sur les gonocoques et les tuer.

S'il conteste que le Gonosan, le meilleur des balsamiques puisse à lui seul guérir complètement la blennorrhagie, M. Neisser reconnaît que :

1° Le gonosan fait disparaître les vives douleurs, la cuisson, les érections pénibles, symptômes habituels de la blennorrhagie aiguë localisée dans l'urèthre antérieur ou postérieur. Lorsqu'il s'y ajoute de la cystite, le Gonosan calme rapidement les nerfs vésicaux et fait disparaître la dysurie.

2° Les propriétés astringentes et bactéricides du Gonosan sont un obstacle à l'extension de la maladie à l'urèthre postérieur, d'où moins de complications et durée moindre de la maladie ;

3° Le Gonosan est le mieux toléré des balsamiques. Il n'irrite pas l'estomac, ne provoque ni répugnance, ni nausée et il n'irrite pas les reins. Il peut être pris pendant des semaines sans inconvénient. (*Medizinische Klinik*, 1907, n° 14.)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La stase hyperémique dans le traitement des suppurations de l'oreille.

Depuis quelques années, la méthode de Bier, autrement dit l'hyperémie passive, est employée dans le traitement des suppurations de l'oreille ; les résultats obtenus jusqu'à présent ne permettent pas encore de porter un jugement définitif sur sa valeur en otologie, mais ils laissent cependant entrevoir les services que la thérapeutique pourra lui demander.

C'est Keppler, un assistant de Bier, qui a publié le premier travail sur l'emploi de la stase hyperémique dans le traitement des otites suppurées. Tout d'abord, il traitait par l'hypérémie toute suppuration auriculaire, quelle que fût sa nature, aiguë ou chronique, compliquée ou non compliquée. En raison de la configuration anatomique de la région, la compression était faite au niveau du cou, autour duquel il enroulait une bande en tissu caoutchouté, analogue au crêpe Velpeau. Déjà une minime constriction réalisait une hypérémie relativement forte. Pour ne pas blesser la peau sous-jacente, Keppler interposait sous la bande élastique une couche mince de tissu fin ; la pression étant plus forte au niveau du nœud, il fallait à ce niveau une pelote de rembourrage plus épaisse, qui cependant n'empêchât point les effets de la constriction. Enfin par des lavages quotidiens à l'alcool camphré, Keppler endurcissait la peau.

Le lien élastique demeurait en place durant 20 à 22 heures chaque jour. Si le mal s'améliorait, il diminuait le temps de la stase, sans toutefois le faire d'une manière trop hâtive ; l'application devait encore durer 10 à 12 heures alors que déjà les phénomènes inflammatoires avaient disparu depuis quelque temps.

La stase produit avant tout, et c'est là le fait le plus éclatant, une diminution rapide de la douleur ; quand la douleur ne diminue pas, on peut dire que la bande est trop lâche ou trop serrée. Elle est bien appliquée, lorsque la figure du malade prend une teinte légèrement bleu-rougeâtre, et un aspect légèrement bouffi.

Le soulagement de la douleur est si complet que les malades, qui jusqu'alors cherchaient en vain le sommeil, retrouvent le repos perdu ; ils peuvent de nouveau remuer la tête sans éprouver de souffrances ; dans les mastoïdites la pression de l'apophyse devient rapidement indolore, et localement on voit apparaître un œdème rouge-feu. Les douleurs ne disparaissent que sous l'influence de la bande, aussi se font-elles de rechef sentir dès que la compression est supprimée, et les malades ne tardent pas à réclamer une nouvelle application du lien élastique.

Jamais ce procédé de l'hyperémie passive n'entraîna d'accidents dans son application chez les

malades de Keppler, fussent-ils même artério-scléreux.

Grâce à la stase, les suppurations simples de l'oreille moyenne devenaient bientôt moins abondantes. puis séreuses, et disparaissaient ; il était cependant nécessaire que le pus s'écoulât librement et que dans le cas contraire la perforation du tympan fût agrandie. Dans les affections de la mastoïde, surtout dans les abcès sous-périostiques, il fallait inciser de bonne heure ; mais il suffisait que les incisions fussent petites, et le drainage n'était pas nécessaire. Plus l'affection était aiguë, plus rapide et plus complet se trouvait être le résultat du traitement. Douze cas de suppurations aiguës, le plus souvent sous-périostiques, ont guéri, tandis que les effets de l'hyperémie n'étaient pas très satisfaisants dans les cas chroniques ; les abcès, survenant au cours de suppurations chroniques, guérissent aussi vite que les abcès aigus, mais il n'en est pas de même de la suppuration de l'oreille.

Heine, qui expérimenta la méthode de Keppler, partage les vues de cet auteur en ce qui concerne les mastoïdites avec infiltration des parties molles et formation d'abcès ; mais, quant au reste, il se montre moins enthousiaste. Il semble que ses malades s'habituaient moins facilement à supporter la méthode ; les applications de bande occasionnaient parfois des blessures du cou. Enfin Heine ne confirme pas la prompte diminution des douleurs ; parfois, dit-il, on avait une amélioration, parfois on ne notait aucun changement, parfois même la souffrance augmentait. Même dans les cas de guérison, Heine ne se déclare pas totalement convaincu de l'efficacité de la méthode, car il a pu observer des guérisons sans aucun traitement spécial, malgré la présence de phénomènes réactionnels marqués. La stase, dit-il, influence favorablement les abcès, et encore son action n'est-elle pas démontrée puisqu'autrefois l'incision de Wilde amenait, elle aussi, des guérisons.

Les résultats obtenus par Heine ne furent évidemment pas aussi brillants que ceux de Keppler, mais les cas traités par ces deux auteurs n'étaient pas tout à fait semblables, et Hasslauer trouve relativement exagéré le pessimisme du premier (*Munch-Médic.-Wochens.* 1907, n° 34). Les malades, traités par Keppler étaient principalement atteints d'abcès dans des suppurations aiguës de l'oreille, et dans le traitement de cette complication la méthode a également donné de bons résultats à Heine ; Keppler reconnaît d'ailleurs lui-même qu'elle échoue parfois en pareils cas. Quant à l'incision de Wilde, elle ne peut être pratiquée avec succès que chez les enfants, chez lesquels le pus trouve une issue par la fissure mastoïdo-squameuse, non encore fermée : or chez les malades de Keppler cette fissure était ossifiée, et cependant l'hyperémie suffisait à amener la guérison sans *autre* opération.

A vrai dire, cette méthode ne doit être confiée qu'à des médecins expérimentés ; car elle exige une surveillance attentive du patient, une certaine adresse de la part de l'opérateur ; de plus, elle peut masquer l'aspect évolutif de la maladie, faire différer parfois une intervention salutaire, faire oublier le moment propice pour opérer.

Hasslauer voulut se rendre compte par lui-même de la valeur de cette méthode, et la mit en pratique chez 36 malades.

Pour les 14 premiers, il s'agissait d'une otite moyenne *chronique*, datant le plus souvent de l'enfance, mais présentant des récidives intermittentes : 9 fois, l'étiologie de l'affection était impossible à déterminer ; 1 fois l'otite était attribuable à un refroidissement, 3 fois à un accident dans le jeune âge. Chez cinq malades, le tympan était complètement détruit ; la muqueuse de la caisse du tympan était couverte de végétations ; chez les autres, on notait une perforation plus ou moins grande à la partie inférieure du tympan. — Il fut difficile de relever une action de l'hyperémie sur la suppuration et sur les végétations : les premiers jours, l'écoulement de pus sembla diminuer, mais il revint bientôt à son taux normal. Au bout de plusieurs semaines, l'hyperémie fut remplacée, par le vieux traitement des lavages, cautérisations, insufflations de poudres, qui parvint à tarir la suppuration. Une seule fois seulement la stase hyperémique parut réellement efficace : l'écoulement disparut définitivement le 9e jour ; la bande fut appliquée jusqu'au 15e jour ; on n'observa pas de récidive.

En résumé il est impossible d'affirmer que la stase possède une influence favorable sur les suppurations chroniques, car cette méthode n'amène aucune modification dans l'évolution ordinaire de ces affections ; sur les poussées aiguës seules des suppurations chroniques elle exerce la même action que sur les cas purement aigus. Par contre dans six cas chroniques, l'hyperémie fit apparaître une inflammation diffuse du conduit auditif externe, ce qui est ordinairement une complication rare en pareils cas, quand les malades ne sont pas abandonnés à eux-mêmes.

Par contre, dans les suppurations *aiguës* de l'oreille la méthode de Bier permit à Hasslauer d'obtenir des résultats bien supérieurs. Sur 22 cas traités, 16 étaient encore au premier stade de l'inflammation et ne présentaient pas de perforation du tympan ; au point de vue étiologique c'était 14 otites primitives, et 2 otites secondaires à la *pneumonie ou à la grippe*.

Dans quatre cas, il s'agissait d'une inflammation légère sans participation du tympan, ni bombement de cette membrane. Hasslauer traitait d'ordinaire les otites moyennes de cette variété par les bains d'oreille à l'acétate d'alumine ou à la solution de Burod ; il évitait de pratiquer la paracentèse. Cette méthode lui permettait d'obtenir un nombre considérable de guérisons complètes. Cette fois, il se contenta d'appliquer la bande élastique, sans faire aucun traitement local : trois cas guérirent de la sorte complètement en 4, 6 et 7 jours avec intégrité de l'ouïe. Dans le 4e cas, il dut pratiquer la paracentèse ; la sensibilité à la pression de l'apophyse mastoïde disparut et la guérison survint le 11e jour ; la sécrétion était tarie depuis le 4e jour. Il est à remarquer que les patients avaient cessé de souffrir quelques heures après l'application de la bande.

Les douze autres cas étaient caractérisés par des symptômes inflammatoires marqués ou par des manifestations hémorrhagiques ; huit fois il y avait complication de mastoïdite. La règle générale était de pratiquer aussitôt la paracentèse dans ces cas. Hasslauer se contenta de réaliser l'hyperémie passive, et dans quatre cas (dont trois hémorragiques), il eut le plaisir d'observer une régression complète des phénomènes inflammatoires avec résorption de l'exsudat, en l'espace

de 8 jours : à remarquer que, chez un malade, l'otite moyenne se compliquait d'une suppuration particulièrement intense de l'antre d'Highmore et d'un abcès amygdalien, qui disparurent aussi vite que les phénomènes auriculaires. Chez les autres malades, au nombre de huit, dont l'un présentait une otite bilatérale, il fallut de bonne heure faire la paracentèse : cinq guérirent néanmoins en 16 jours ; le sixième présenta une récidive, qui nécessita une nouvelle paracentèse et guérit en 19 jours ; chez les deux derniers enfin, l'otite disparut rapidement, mais le processus se compliqua ultérieurement d'une inflammation du conduit auditif externe, qui ne céda qu'au traitement habituel.

Les autres cas d'otites aiguës avaient déjà atteint un stade avancé de leur évolution ; il fallut, pour obtenir leur guérison, pratiquer diverses interventions chirurgicales (paracentèse, trépanation de l'apophyse mastoïde, etc.) à côté de l'hyperémie, réalisée soit par la bande élastique de Bier, soit par l'application locale de la ventouse aspiratrice de Stenger.

Bref sur 22 otites moyennes aiguës, 8 guérirent uniquement grâce aux excellents effets de l'hyperémie : peut-être même est-il permis de supposer que parfois l'intervention opératoire fut trop hâtive, et que la guérison se fût produite par la seule hypérémie thérapeutique.

Cette méthode fut généralement bien supportée par tous les malades : tout au plus la bande élastique réveillait-elle, le premier jour, et cela surtout chez les pusillanimes, une sensation désagréable de constriction et d'angoisse. On nota de plus une céphalée légère durant un jour, dans un cas, de l'enrouement chez deux malades, du nasonnement de la voix chez un autre. Chez l'un ou l'autre patient, les cordes vocales étaient un peu rouges, ou bien légèrement tuméfiées ; mais ces phénomènes disparurent par l'application de la bande au-dessous du larynx.

Hasslauer confirme ce fait que l'hyperémie diminue la douleur d'une façon très rapide dans presque tous les cas ; les malades réclament même la bande élastique pendant les périodes de repos quand les douleurs reparaissent entre deux applications ; une seule fois seulement il n'a pas observé de soulagement. Il est à remarquer que parfois la guérison semblait arrivée, et que le processus inflammatoire manifestait à nouveau sa présence après l'enlèvement de la bande ; dans ces conditions, l'hyperémie n'avait probablement pas été maintenue durant un temps suffisant. L'inflammation concomitante du conduit auditif se produit assez souvent, la cause de cette complication échappe à Hasslauer ; il faut la traiter par les moyens ordinaires, car elle se montre très rebelle à l'hyperémie.

La suppuration de l'oreille augmente au début du traitement, mais elle ne tarde pas à diminuer pour disparaître ensuite rapidement. En moyenne, l'hyperémie semble guérir plus rapidement qu'autrefois les otites moyennes.

L'auteur confirme les excellents résultats obtenus par Stenger grâce à sa méthode d'hyperémie par aspiration dans les mastoïdites ; celle-ci réalise un grand progrès ; elle permet de guérir cette complication avec plus de rapidité que la trépanation, et de plus elle ne laisse pas de cicatrice sur la peau.

En résumé, la stase hypérémique constitue une excellente méthode, supérieure aux autres traitements de suppurations de l'oreille ; elle ne peut être généralisée à tous ces processus suppuratifs, mais elle rend des services très grands dans les cas d'otite moyenne non perforée et de mastoïdite, quoiqu'il ne soit pas toujours possible d'escompter ses résultats d'une manière certaine. De nouvelles observations cliniques nous fixeront définitivement sur sa valeur thérapeutique.

Dr GEORGES.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Election du Délégué des Syndicats au Conseil Supérieur des Sociétés de Secours Mutuels

ADRESSE DE M. LE Dr GAIRAL.

Parvenu au terme du mandat que fixe la loi du 1er avril 1898 aux pouvoirs des membres du Conseil Supérieur de la Mutualité, j'ai l'honneur, en me représentant aux suffrages du Corps médical, pour l'élection qui doit avoir lieu le 13 octobre prochain, de venir en solliciter le renouvellement.

En faisant pour la première fois acte de candidat en 1902, j'avais déjà trop mûrement étudié, depuis de trop longues années, toutes les questions qui touchent la mutualité en général, et surtout les rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels, j'avais, au sujet de ces derniers surtout, une expérience trop particulière et trop personnelle pour n'être pas alors convaincu, comme je le suis aujourd'hui plus que jamais que *la liberté la plus entière doit être laissée aux Mutualistes de choisir leur médecin.*

Cette idée que j'ai soutenue de toutes mes forces au grand Congrès de Nantes a largement fait son chemin depuis dans des milieux mutualistes. Les résultats de l'enquête instituée, *il n'y a* pas un an, pour éclairer sur ce point la Commission mixte médico-mutualiste, ne laisse aucun doute à cet égard, et il nous appartient de développer un mouvement qui ne peut tarder à intéresser la très grande majorité des Sociétés de secours mutuels, parce qu'il est, pensons-nous, l'expression de la vérité et de la justice.

Avec cette question de la *liberté de confiance*, et comme son corollaire obligé, vient celle du *règlement des honoraires médicaux.*

Sur ce point encore j'estime que la rémunération à la visite est la solution la seule vraie et la seule équitable, et mon expérience personnelle encore, appuyée sur une longue pratique médicale, me permet d'affirmer qu'il n'est pas une Société qui ne puisse l'adopter, tout en sauvegardant ses intérêts.

Comme réforme essentielle que nous avons poursuivie déjà avec un certain résultat, et que nous poursuivrons sans relâche jusqu'à satisfaction complète, s'impose *l'élimination comme membres participants des gens aisés* auxquels, ainsi que nous l'avons déjà exprimé, leur situation permet, en cas de besoin, de payer les médecins au tarif de leur clientèle ordinaire, et qui, mettant de côté les plus élémentaires sentiments de délicatesse, n'hésitent pas à faire supporter à une collectivité, au prix d'une cotisation minime, des

charges auxquelles ils pourraient faire face eux-mêmes sans la moindre difficulté.

C'est sur ces deux questions, capitales pour le Corps médical, et sans négliger, du reste, celles qui pourraient se présenter par ailleurs, que porteront principalement nos efforts, et c'est surtout à leur réussite que nous apporterons tous les soins et toute l'énergie nécessaires.

Dr GAIRAL,
Président de l'Union des Syndicats médicaux de France,
Délégué sortant, Candidat.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Thérapeutique et jurisprudence.

Nous empruntons à la *Gazette médicale de Nantes* l'article ci-dessous dont il nous paraît impossible de contester les conclusions, car c'est la logique et la bonne foi qui les ont inspirées.

LES REMÈDES SECRETS

La Cour de Cassation a rendu dernièrement un arrêt (1) qui semble de nature à jeter une certaine perturbation dans les rapports entre médecins et pharmaciens. Les faits soumis à l'appréciation de cette haute juridiction méritent d'être rapportés et étudiés dans leurs conséquences.

Un pharmacien, G..., reçoit l'ordonnance d'un médecin ainsi conçue : « Chaque matin, à jeun, prendre dans un verre d'eau sucrée un paquet d'urotropine de 1 gr. 50 ; donner dix paquets semblables ».

Cette ordonnance paraît absolument régulière ; elle indique, conformément à la loi, la façon de prendre le remède. G... n'y voit rien d'anormal. Manquant d'urotropine, il s'adresse à une importante maison de produits pharmaceutiques de Paris, qui lui expédie un flacon contenant une substance d'aspect analogue à l'urotropine et avec étiquette conforme. Les paquets sont expédiés au client, qui meurt quelques heures après l'absorption du premier.

Une enquête est ouverte et fait connaître que, le même jour, l'employé de la maison de Paris avait à expédier un flacon d'héroïne et un autre d'urotropine. Après avoir rempli ces deux flacons chacun de la drogue voulue, il a fait une erreur dans le collage des étiquettes. D'où mort d'homme.

Le Parquet poursuivit pour homicide par imprudence non seulement l'employé coupable de négligence, mais encore le pharmacien, en se basant non sur une maladresse, une imprudence, une inattention ou une négligence, mais sur une inobservation des règlements. D'après la thèse du ministère public, le pharmacien avait contrevenu à ces règlements en délivrant à un client un remède secret. La Cour d'appel de Rouen, confirmant le jugement du Tribunal correctionnel, acquitta G.. Mais, sur pourvoi du procureur général, la Chambre criminelle de la Cour de cassation casse cet arrêt pour violation des dispositions de la loi.

L'interdiction de vendre des remèdes secrets n'est pas ignorée. Formulée dans un but de protection de la santé publique, par la loi du 21 germinal an XI, par le décret du 18 août 1810, par celui du 3 mai 1850, elle constitue une des règles fondamentales de l'exercice de la pharmacie. Il est à remarquer d'ailleurs que, seul, le fait de la *vente* des remèdes secrets constitue une contravention aux règlements et non pas le fait de leur *prescription* par le médecin, qui n'a été visé par aucune loi.

Mais que doit-on comprendre par *remèdes secrets*.

Dans la croyance générale, le remède secret est une préparation, mélange de diverses substances simples, combinées en une proportion ignorée du public, connue seulement de son préparateur et ne pouvant être dévoilée que par l'examen approfondi d'un homme de l'art. L'arrêt de la Cour de cassation que nous rapportons plus haut est infiniment plus strict dans l'interprétation de la loi.

« Attendu, dit-il, qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ne peuvent vendre aucun remède secret ; que, d'une part, on doit comprendre sous cette dénomination toutes les préparations pharmaceutiques qui ne sont ni conformes aux formulaires du Codex légalement rédigés et publiés, ni achetées et rendues publiques par le Gouvernement conformément au décret du 18 août 1810, ni publiées, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, en conformité du décret du 3 mai 1850 ; que, d'autre part, l'interdiction de vendre des remèdes secrets s'applique également au cas où cette vente se ferait par ordonnance du médecin, lorsque cette ordonnance ne contient elle-même aucune formule, et renferme seulement la prescription d'un médicament non formulé au Codex, ou non publié par le Gouvernement ou par le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, ladite ordonnance ne pouvant, dans ce cas, donner à ce remède le caractère de remède magistral, puisqu'il n'a pas été préparé suivant une formule prescrite par le médecin ; »

On voit combien défectueuse doit paraître à tout médecin la seconde partie de cet *attendu*. Elle comporte en somme l'impossibilité de faire exécuter par un pharmacien toute ordonnance d'un remède nouveau, si l'on ne présente pas en même temps la manière de le préparer, en se servant de produits inscrits au Codex. Si nous reprenons l'exemple qui a donné lieu à la décision de la Cour de cassation, le médecin n'aurait pas dû, pour rendre son ordonnance exécutable, se borner à prescrire l'urotropine, même par son nom scientifique de *hexaméthylène-tétramine*, qui n'est pas inscrit au Codex. Il lui aurait fallu encore indiquer comment la préparer en partant de l'ammoniaque et du formol. Quel est celui d'entre nous se rappelant assez la chimie pour pouvoir formuler ainsi le mode de préparation de tous les remèdes qu'il emploie ? Quel est le pharmacien qui pourra exécuter la prescription ainsi faite ?

(1) Jurisprudence générale de Dalloz. *Recueil périodique* 1907, 1-113.

Pour bien comprendre les difficultés que peut soulever l'arrêt que nous étudions, il y a lieu de se pénétrer de l'archaïsme des dispositions qui régissent encore l'exercice de la pharmacie. Les lois prévoient l'inscription des remèdes au Codex ou au *Bulletin de l'Académie de Médecine*, ou la publication après achat par le gouvernement de la formule du médicament. L'achat et la publication par le gouvernement d'une formule médicamenteuse, vieux reste de l'époque où un souverain achetait à un inventeur son secret, n'a pas, pensons-nous, été appliqué bien souvent depuis la loi de l'an XI. En fait, on doit tenir comme inexistante, faute d'application, cette disposition. Le *Bulletin de l'Académie de Médecine* ne publie jamais l'indication d'aucun remède. Reste l'insertion au Codex, mais les éditions de ce formulaire ne paraissent qu'à de rares intervalles. Si nous ne faisons pas erreur, la dernière édition remonte à 1884 ; il a paru un supplément en 1895 et les officines attendent une nouvelle publication. Entre deux éditions, on devra donc tenir pour non avenues toutes les découvertes de la science. Et pourtant la chimie nous dote chaque jour de nouveaux produits qui, s'ils ne sont pas tous intéressants, offrent pourtant, tout au moins certains d'entre eux, de vraies ressources thérapeutiques. Les auteurs de la loi de germinal n'avaient pas, ne pouvaient avoir en vue cette formidable poussée scientifique de la fin du XIX[e] siècle, et leurs édits s'en ressentent. Faut-il citer l'antipyrine inscrite au Codex seulement en 1895, l'aspirine, le pyramidon, la cryogénine et tant d'autres qui, non encore inscrits, ne devraient pas faire le sujet d'une prescription médicale.

Nous avons dit que la théorie de la Cour de cassation était appelée à jeter une grande perturbation dans le monde pharmaceutique et médical. Il vient d'être fait une nouvelle application de cette doctrine qui montre combien on peut en généraliser les applications selon la plus ou moins grande sévérité des parquets. Le 19 mars dernier, la Cour d'Orléans confirmait un jugement du tribunal correctionnel de cette ville, condamnant un pharmacien coupable d'avoir annoncé dans un journal un remède dit secret, et cette Cour donnait exactement au remède secret la même définition que la Cour de cassation (1). Notez que le remède visé est un produit organique connu de tous les médecins et d'application journalière. On peut évidemment discuter l'opportunité des annonces pharmaceutiques faites au grand public par la voie des journaux. Il y aurait probablement à gagner à la suppression radicale de ces annonces. Mais la quatrième page des quotidiens en est remplie et la large impunité peut permettre de croire au moins à une tolérance tacite. D'ailleurs, ce que nous critiquons, c'est moins l'application à un cas particulier que la définition du remède secret.

Une distinction s'impose, ainsi que le dit l'excellent commentaire de M. Legris, sous l'arrêt rapporté dans le *Recueil périodique* de Dalloz : « En interdisant la vente des remèdes secrets, les textes ont entendu viser non pas la vente des substances simples, des produits chimiques définis, des matières premières, mais le débit des médicaments composés, c'est-à-dire de ceux qu'on appelle, dans le langage pharmacologique, des préparations... Le remède prescrit est-il une substance simple, un produit chimique défini, constitué par un seul composant ? Le médecin n'est pas astreint à en libeller la formule et il peut se contenter de l'ordonner sous sa dénomination usuelle ou sous un synonyme quelconque. » Cette distinction avait été pleinement admise par M. le conseiller-rapporteur Roulier, dans l'affaire jugée par la Cour de cassation. Il finissait ainsi son rapport :

« Si, en effet, il est, au point de vue pratique, hors de toute contestation qu'un pharmacien est dans l'impossibilité matérielle de préparer, contrôler et vérifier l'urotropine, l'héroïne... ou tel autre produit nouveau qu'un médecin a prescrit en vue de la guérison d'un malade, le pharmacien va se trouver dans la nécessité de refuser l'exécution de l'ordonnance. Et le médecin lui-même ne va plus pouvoir prescrire un remède qu'il juge utile au traitement de la maladie de son client !

« Il faut y prendre garde, et il est permis d'hésiter avant d'interdire par arrêt l'emploi d'un remède, qui, sans figurer encore au Codex ou dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, nous procurerait demain la guérison de telle ou telle maladie. Le malade choisit son médecin, et celui-ci est responsable de ce qu'il ordonne. Nous ne croyons pas pouvoir lui défendre l'essai d'un remède nouveau, en rendant impossible l'exécution de son ordonnance. Et c'est la rendre impossible que de faire peser sur le pharmacien une responsabilité légale dont les causes ne dépendent pas d'un fait qui lui soit personnellement imputable.

La Cour de cassation n'a pas cru devoir suivre la voie qui lui était si sagement tracée. Elle a appliqué à la lettre une loi bien vieillie, ne se croyant pas autorisée à l'interpréter largement. Cet arrêt montre combien urgente est la revision d'une législation qui ne s'applique plus aux nécessités de notre époque.

La riposte du médecin en matière de responsabilité.

M. le D[r] Sallé (de Bernaville), correspondant du *Concours Médical* et syndiqué de la Somme, vient d'adresser à l'*Echo de la médecine et de la chirurgie* une lettre consacrée au développement de cette thèse : « La responsabilité du médecin dans ses rapports thérapeutiques avec le client a pour contre partie nécessaire la responsabilité du client envers le médecin dans ces mêmes rapports. »

Nous serions heureux de voir les amis de la défense professionnelle étayer ces vues évidemment justes en principe. C'est pourquoi nous nous permettons de reproduire la lettre de notre confrère, ainsi que les réflexions qu'elle suggère au rédacteur en chef de l'*Echo de la médecine et de la chirurgie*.

Très honoré confrère,

J'ai lu avec un bien vif intérêt votre article plein d'humour sur le *Procès Cormon*. Comme vous, je me demande où nous allons et, quand on voit le chantage au nom du droit, pratiqué avec une pareille désinvolture, on est fondé à concevoir les plus légitimes appréhensions.

Maintenant, mon cher confrère, une simple question si vous voulez bien, question que je voudrais

(1) *Répertoire de pharmacie*, avril 1907.

vous voir développer avec votre *brio* habituel et qui ne vous a peut-être jamais été posée...

« En principe chacun est responsable du dommage causé volontairement ou involontairement à autrui ».

Vous soignez un malade atteint de grippe infectieuse, de typhoïde, de scarlatine, pour ne parler que des affections les plus courantes. — Vous contractez la maladie à son chevet pour votre propre compte et vous en gratifiez votre femme et un de vos enfants. — Prenant les choses au mieux, vous avez une incapacité de travail variable ; les prenant au pis vous êtes emporté rapidement par le mal (et ce n'est pas rare).

Un dommage sérieux vous a été causé par le malade, bien involontairement, certes, mais il vous a été causé. La question qui se pose est celle-ci : *le malade peut-il être rendu responsable de la maladie qu'il a involontairement communiquée au médecin* ?

Je vais plus loin :

Vous avez dans votre clientèle un cas unique de scarlatine bénigne, l'isolement en est rigoureux. — Sortant de chez votre client, vous allez, au vu et au su de tout le monde, ouvrir un abcès dentaire à la fille unique de M. X..., notable commerçant bien posé.

Quelques jours se passent. Un beau matin on vous demande d'urgence chez M. X... Vous constatez un rash scarlatiniforme intense, une température élevée, avec une angine toxique ; l'état général est grave... Malgré vos soins les plus intelligents, l'enfant succombe.

Malheureux confrère, parfois la jalousie professionnelle a fait surgir des conseilleurs et, si votre bistouri n'a pas été flambé, si par oubli vos mains n'ont pas été désinfectées — si vous n'avez pas endossé une blouse par-dessus vos vêtements supposés contaminés, votre client-ami d'autrefois se lève, il lui faut un responsable, un bouc-émissaire, ce sera vous.... — L'action en justice se déroule, lamentable ... avec l'antienne habituelle : « La forte demande de dommages-intérêts.... »

Cependant il n'y a eu aucune intention coupable de nuire, si bien du côté du malade qui vous donne sa scarlatine que du vôtre qui en aurez été simplement le véhicule... On vous rend responsable de la contagion, je ne vois pas pourquoi le malade n'aurait pas également un certain degré de responsabilité pour ce qui vous concerne personnellement.

Reste à savoir dans quelle proportion cette responsabilité pourrait être atténuée.

1° Par les honoraires dont on vous gratifie ;

2° Par ce qu'on est convenu d'appeler les *risques professionnels.*

Autre exemple (je pourrais les multiplier à l'infini). — Une dame *avariée* met au monde avant terme un fœtus macéré... Trois semaines plus tard, alors que l'on chicane vos honoraires, une florissante roséole vient éclairer d'un jour nouveau le *bobo* de votre index que vous avez jusque-là traité par le mépris...

Un dommage irréparable vous a été causé ; que faites-vous ? Rien... ou presque, vous vous posez en victime du devoir professionnel et drapé dans votre dignité, vous attendez ... les événements...

Qu'une nourrice soit ainsi contaminée ! ! On sonne immédiatement le branle-bas. — L'Assistance publique est en émoi, le praticien dans ses petits souliers — et toutes les feuilles de France et de Navarre chargent à l'envi ce pelé, ce galeux d'où est venu tout le mal.

Même en gagnant votre procès, vous y laissez toujours des plumes.

Que votre index dans les premières heures ou dans les premiers jours de son *avarie* encore ignorée pratique un toucher intempestif et contamine le client.... C'est alors le concert symphonique des jérémiades, des récriminations qui aboutissent finalement à l'allègement de votre portefeuille.

De sorte que l'on assiste à ce fait inouï : voir le Monsieur diplômé qui a eu le grand malheur d'être plombé *honnêtement* dans l'exercice de sa profession, — avoir tout juste le droit de se taire et, le même Monsieur, en plus de sa catastrophe personnelle, être rendu civilement responsable d'une avarie involontaire alors qu'aucun diagnostic ne pouvait être posé.

Au train dont marchent les choses, ces faits encore exceptionnels deviendront sûrement plus nombreux.

Nous sommes un peu habitués à entendre toujours le même son de cloche. J'ai tenu à vous faire part d'un autre son qui, à mon avis, pourrait être discuté.

Voici ma lettre, mon cher confrère, jugez-la ; si l'idée vous paraît originale, reproduisez-la, développez-la, faites comme vous jugerez utile. Toujours dans l'intérêt supérieur de la profession, selon votre habitude.

Veuillez croire, Monsieur et très honoré confrère, à ma vive sympathie.

Dr V. Sallé,

Franc-médecin. Correspondant du *Concours.*

Cette lettre, c'est la réponse du toc au tac au heurt du courant moderne. Ce sont les vérités qu'elle contient qui doivent servir de contre-poids aux prétentions des Soller et Gastine ou autres Mirbeaux.

A moins d'être atteint d'une surdité totale et préparée, d'une cécité systématisée ou systématique de tout l'intellect, on est obligé de convenir que l'ère des responsabilités étant officiellement ouverte, elle l'est de part et d'autre.

Jadis, sans doute, on ne doutait pas de l'honnêteté, de la bonne foi, de la science du médecin que l'on avait d'ailleurs choisi librement. Et si l'on en doutait, certains considérants de Cour vous rappelaient votre liberté propre, en matière d'honoraires par exemple, en stipulant au client des raisonnements de ce genre : « Vous en êtes remis à lui pour votre santé, *a fortiori* pour sa loyauté en matière d'honoraires. » Il y a, je le sais, les médecins ou chirurgiens des hôpitaux qui sont imposés au malade, mais ceux-ci ont donné des preuves de leur savoir professionnel, bien au-dessus de ce que le propre jugement d'un simple client peut exiger. En un mot, on acceptait de part et d'autres comme des fatalités, les insuccès ou les accidents professionnels.

Pour ma part, au début de ma clientèle, aidant à extirper un jour des ganglions tuberculeux de l'aine dans un milieu phlegmoneux, je reçus dans un doigt un coup de bistouri, suivi d'un phlegmon qui faillit m'emporter. Après l'intervention heureuse du Pr Poncet et trois mois de maladie, je repris cahin-caha l'exercice de ma profession et ne reçus de personne de dommages-intérêts. Dans la ville où j'exerçais, deux confrères avaient perdu leurs propres enfants après avoir soigné des diphtéries à distance... Les cas sont quotidiens du dommage causé au médecin par le client ou la société responsable. Nous rirons bien peut-être si l'on consent à faire le bilan impartial de toutes les responsabilités. Il est très rare qu'un médecin commette une sottise manifeste, pèche par ignorance ou par imprudence. Voyez avec

quelle facilité il accepte ou provoque la consultation ! Voyez combien peu de médecins, instruits pourtant, se servent du bistouri pour les interventions autres que celles d'urgence ! Nombre de médecins n'osent pas débrider seuls une hernie étranglée. Quant à la thérapeutique, elle est aujourd'hui si simplifiée par la spécialité pour toutes les substances toxiques, qu'il est matériellement impossible de commettre une erreur si l'on n'est pas sûr de sa formule. Je ne crois guère, pour ma part, au préjudice causé par le médecin, hormis le cas où, par tempérament, il se soustrait trop facilement aux obligations de l'antisepsie. Et encore dans cette circonstance, il est impossible de faire la démonstration absolue de sa part de responsabilité. Non, le médecin n'aura rien à redouter si le principe de la responsabilité prend un caractère d'équité qui s'impose, s'il est bilatéral, s'il est réciproque. Bien au contraire, ainsi entendu, il pourrait dans l'avenir, lorsque la thèse judicieuse du Dr Sallé aura remporté le succès qu'elle mérite, constituer une garantie avantageuse en regard des innombrables risques professionnels auxquels il est exposé.

Médecin responsable. = Client responsable.

Voilà l'équation et aussi l'équité. *Telum imbelle sine ictu.* Cela me rappelle certains traits que dirigeaient contre une sainte quelconque et résignée, de peu braves païens, et qui recevaient ensuite en pleine poitrine la flèche décochée par eux

A tout prendre, à mon avis, mieux valaient les âges passés où chacun acceptait sa part de malheur, mais s'il faut en arriver à des démonstrations de droit... nous considérons comme un *corollaire capable de faire réfléchir* les citations pleines de bons sens du Dr Sallé. Elles s'imposent et en imposeront à cette variété de justiciers contemporains qui usent de toutes les spéculations.

TUSSAU.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Oyonnax, 26 août 1907.

Mon cher confrère,

Hier, mes confrères de Saint-Claude m'ont convié à les aider dans l'organisation d'un syndicat médical. Voilà si longtemps que je leur prêchais l'union que je suis heureux de voir naître cette nouvelle association. J'ai fait une conférence à la suite de laquelle a été fondé le syndicat du Haut-Jura, avec les statuts de Versailles. J'ai obtenu aussi l'adhésion à l'Union des syndicats. Enfin j'ai parlé du Concours et de ses œuvres, et battant le fer tant qu'il était chaud, j'ai fait remplir devant moi les bulletins d'adhésion, craignant l'oubli du lendemain.

Sur 10 confrères présents, presque tous (sauf un ou deux) sont du Concours et de toutes les œuvres maintenant que je vous transmets les adhésions.

Je vous adresse le tout en bloc, plus 55 fr. pour les adhésions au « Sou ».

Le Président du nouveau syndicat est le Dr Perrin, de Saint-Claude ; le secrétaire, le Dr Meynier, de Septmoncel.

Pour les adhésions à l'Amicale, mes confrères n'ont aucun renseignement pour savoir qui est le président et qui est le secrétaire de l'Association des médecins du Jura ! Veuillez bien faire envoyer ces noms et ils adhèreront à l'Association. Celle-ci, comme le virtuel syndicat du Jura, a fait jusqu'ici partie de la suite de la Belle-au-bois-dormant : le jeune syndicat du Haut-Jura, tel le prince charmant, va enfin les secouer de leur léthargique torpeur. Ce n'est pas malheureux !

Bien à vous,

Dr BOUDIN.

Le libre choix du médecin inspecteur d'enfants assistés.

Le 11 septembre 1907,

Monsieur et honoré confrère,

Je croirais manquer gravement à mon devoir de correspondant du « Concours médical » si je ne vous mettais pas au courant de ce qui se passe actuellement dans le corps médical du département de la Nièvre. La question est d'importance extrême ; elle mérite que vous l'examiniez avec grande attention, que vous l'étudiez soigneusement dans ses conséquences, et qu'enfin vous donniez avec impartialité, mais fermement, votre avis dans ce débat ; il pourra être d'un grand poids dans un avenir rapproché.

Je n'apporterai dans mon exposition ni passion, ni parti pris ; je n'ai aucunement le désir de soulever des polémiques ni d'attaquer aucune personnalité ; si toutes les opinions ne me paraissent pas respectables, les personnes, à mes yeux, sont toutes hors de discussion.

Cela dit, voici la chose.

Au Congrès des Praticiens, notre confrère le Dr Durand, de Douzy, avait posé une question qui d'ailleurs n'a pas été soulevée, au sujet du « *libre choix du médecin par les parents nourriciers pour les enfants assistés de la Seine et des départements* ». Non traitée par le Congrès elle fut reprise, sur les conseils du Dr Leredde, par le Syndicat médical du département de la Nièvre dans sa réunion annuelle du 8 août. Elle nous intéresse en effet d'une manière particulière, car notre territoire a l'avantage ou le désagrément (les deux opinions ont leurs défenseurs) d'être absolument chargé d'enfants assistés tant de l'A. P. de la Seine que de l'A. départementale.

Ce fut, je vous l'assure, une chose curieuse que la discussion de cette affaire ! Est-ce la chaleur communicative d'un excellent banquet, ou plutôt, comme je le crois, la vivacité des intérêts mis en jeu? Le certain c'est qu'elle commença et se poursuivit de la manière la plus agitée, car elle mettait aux prises d'une part un certain nombre de confrères inspecteurs du service d'Assistance et d'autre part un plus grand nombre de médecins indemnes de toute attache avec l'Administration. Au milieu d'un feu roulant d'exclamations, d'interruptions, de saillies, les uns et les autres exposèrent tant bien que mal, plutôt mal que bien, leurs arguments. Les premiers voulaient démontrer d'abord que le libre choix pour les nourriciers était une pure impossibilité, une utopie que la pratique ne tarderait pas à démontrer ; ensuite que le bien du service souffrirait assurément de la multiplicité des médecins, que la surveillance des enfants deviendrait bien difficile ou serait mal assurée

pour diverses raisons;enfin, que l'Administration, puisqu'elle payait,est toujours maîtresse de choisir son médecin, de même que le père de famille qui met son enfant en nourrice est libre de le faire soigner par qui bon lui semble. Aux divers arguments des inspecteurs, répondaient leurs contradicteurs en faisant voir que l'organisation, bien que difficile, n'est point impossible ; qu'on ne voit pas bien comment, étant plus nombreux à surveiller, la surveillance serait moins bien faite ; enfin que s'il est vrai que c'est bien l'administration qui paye,il ne faut pas oublier qu'elle paie avec *notre* argent à tous, et qu'en conséquence, il est juste et équitable, que tous profitent de ses largesses (?).

De part et d'autre on ne fit que peu ou pas allusion à la question politique (interdite par les statuts) mais il était facile de voir que là était le nœud de la question.

Enfin, profitant d'une accalmie dans le tumulte, le Dr Panné, président, mettait aux voix la proposition du libre choix et elle était acceptée par la majorité contre 4 voix. De même, se trouvait résolue une 2e question, posée en raison des difficultés possibles de la part de l'Administration relativement à l'adoption de la première : « Etes-vous partisan de la création de circonscriptions médicales à créer pour chaque médecin d'une localité qui en ferait la demande pour donner ses soins aux enfants assistés ». J'ajoute, pour montrer que l'opinion du syndicat était bien favorable en majorité à l'adoption des deux propositions du Dr Durand, qu'un referendum fait avant la réunion sur le même sujet, avait abouti au même résultat affirmatif.

Eh bien ! direz-vous, voilà de bonne besogne, et il n'y a plus qu'à poursuivre la réalisation du vote ! Attendez, ! car ce vote, tout platonique qu'il soit et menace de rester auprès de nos bons pouvoirs publics, ce vote, dis-je, a eu le résultat le plus extraordinaire, le plus inattendu, le plus stupéfiant (à moi, Madame de Sévigné) qu'il soit possible d'imaginer.

Quelque temps après, en effet, les feuilles publiques apprenaient au monde que les médecins inspecteurs de l'A. P. de la Seine et de la Nièvre venaient de se constituer en « Union Syndicale » pour la défense de leurs intérêts, avec M. le Préfet, M. le Directeur de l'A. P. à Paris, M. le Directeur de l'A. P. à Nevers pour présidents et vice-présidents d'honneur ! C'était évidemment la réponse du berger à la bergère, mais chantée sur un mode tout particulièrement galant et aimable ! surtout quand on se rappelle que le Syndicat actuel des médecins de la Nièvre est né d'une affaire dans laquelle se trouvait impliqué le confrère P... comme médecin de l'Assistance !

Quoiqu'il en soit, voilà donc le corps médical nivernais présentement partagé en deux camps, divisé profondément contre lui-même (périra-t-il ?) et sur quoi ? Sur une de ces questions de principe qui a réalisé au Congrès des Praticiens l'union la plus magnifique. Que vous en semble, très honoré confrère, et ne voilà-t-il pas un résultat bien surprenant des vingt ans d'efforts du « Concours » et des autres œuvres de défense professionnelle pour amener le corps médical à la concorde, à l'harmonie, à la solidarité étroites, gages du relèvement de la profession, ou serait-ce...

Mais j'ai promis de ne me livrer à aucun commentaire : je vous laisse le soin de tirer telles conclusions qui vous sembleront opportunes, du simple exposé des faits. Vous vous inquiétez probablement de savoir ce que va devenir le Syndicat no 1 ; pour le moment, il subsiste, il attend les événements, préparé cependant à toutes les éventualités, et déterminé à ne pas se laisser marcher sur le pied sans crier ni écraser les orteils au maladroit.

Il espère de vous quelques conseils utiles, et fait appel à votre expérience, et à votre sagesse qui trouveront peut-être le moyen d'ouvrir les voies à la conciliation et au retour de la bonne entente si souhaitables en notre temps.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternellement dévoués.

Dr V. Gautier.

Réponse. — Laissons de côté, comme vous, la néfaste immixtion de la politique et de la routine dans des questions de ce genre. Que reste-t-il comme problème à résoudre, tous les arguments ayant été développés ?

Le Syndicat croit-il que tous ses membres ont qualité *par leur doctorat* pour faire utilement le service d'inspection ?

Pense-t-il au contraire que quelques uns aient sur ce point une science infuse dont les autres sont privés ?

Le Syndicat, sa réponse n'est pas douteuse, doit donc demander au Préfet *une investiture pour chacun de ses membres*, après quoi le libre choix s'exercera entre eux avec la garantie requise.

Si cette démarche est contrecarrée de quelque façon que ce soit par des syndiqués, *c'est qu'ils font de la politique, en violation des statuts.* Et dès lors il convient de faire jouer les sanctions contre ceux qui opposent leur intérêt particulier à l'intérêt général.

Vous perdrez ainsi peut-être trois ou quatre adhérents, mais vous vous en consolerez quand la pierre de touche aura démontré leur tiédeur pour les actes de solidarité qui *seuls* prouvent qu'on mérite le nom de confrère.

Les voyez-vous d'ici monopolisant le service d'inspection dans le département au milieu de médecins qui refuseraient tout rapport avec eux ? Il serait joli ce service-là et montrerait bien où conduit le rêve autocratique de tous les administrateurs sciemment ou non réactionnaires.

Nous recevons en dernière heure la lettre suivante :

24 septembre 1907.

Monsieur et honoré Confrère,

Vous êtes probablement trop débordé de « copie » en ce moment pour avoir pu insérer dans le dernier numéro du *Concours*, la lettre que je vous ai récemment adressée au sujet de la situation... bizarre du corps médical dans le département de la Nièvre.

Pour compléter votre documentation sur cette question d'un si palpitant intérêt, je vous adresse aujourd'hui une copie de la circulaire que les promoteurs du « schisme unioniste » ont adressée aux médecins inspecteurs des services de L. A. P. de la Seine et de la Nièvre, et je vous demande la permission d'en faire ressortir brièvement les caractères étranges.

Un point tout d'abord à remarquer, c'est que les auteurs du document croient ou plutôt feignent de croire, que la proposition du libre choix votée le 8 août n'a été déposée qu'en vue de leur nuire personnellement, d'attaquer, comme ils le disent, les inspecteurs des services d'enfants assistés, tous en bloc et, par voie de conséquence, même du dépôt de la proposition, puisque par un procédé de discussion.. habile, pour ne pas dire plus, ils interprètent la liberté de confiance vis-à-vis des uns comme devenant la liberté de défiance vis-à-vis des autres, comme si l'investiture de l'administration consacrait en eux, et en eux uniquement, toutes les qualités scientifiques et professionnelles du médecin ! Et pourtant, chacun sait, même dans le public, que ce n'est pas à leur mérite professionnel ou scientifique que regarde l'administration quand elle les appelle à prendre leur part de son budget !

Ce que je puis affirmer, c'est que, dans la discussion soulevée à la réunion syndicale du 8 août, il n'a été présenté de part et d'autre que des arguments de principe, en d'autres termes que les tenants du «libre choix» ne se sont appuyés sur aucune raison tirée de l'organisation *actuelle* des services et que leurs adversaires n'ont pas, absolument pas, osé faire de la question posée une affaire de défense personnelle, tant ils sentaient bien que dans l'esprit d'aucun indépendant, le côté «galette» de l'affaire tenait peu de place.

Plaignons-les si pour eux, le point capital était là !

Il faut bien croire que c'est ce point de vue qui les préoccupe particulièrement, car comment expliquer autrement l'insinuation qu'en demeurant unis, ils arriveront à accaparer tous les services actuellement existants, et encore mieux, tous ceux qu'on se propose de créer ! Mais alors, Messieurs les fonctionnaires de l'A. P. si vous défendez si bien vos intérêts particuliers, que restera-t-il au Syndicat que vous voulez bien voir exister à côté de vous, que lui restera-t-il d'intérêts généraux à défendre ? Et qu'appelez-vous les intérêts généraux de notre professsion ? Serait-ce le droit de réclamer le libre choix du médecin en toutes circonstances et pour tous genres de malades, comme le veut le Congrès général des Praticiens ? Serait-ce la volonté de ne pas laisser fonctionnariser la médecine ! Non, n'est-ce pas, ce n'est pas cela que vous regardez comme les intérêts généraux de la profession, puisque vous vous insurgez contre un vœu qui réclame le libre choix dans un cas donné, et que vous déclarez qu'à l'instar de presque tous les ordres de fonctionnaires, vous voulez créer un organe de défense particulière de vos intérêts particuliers ?

Jusqu'ici on avait cru, dans le corps médical, qu'un Syndicat devait nous protéger contre les corporations, assurances, mutualités, administrations publiques et privées, etc.... Vous, vous voulez que les administrations vous protègent contre le Syndicat ! C'est vraiment drôle, ou plutôt c'est vraiment triste, car les événements actuels font voir combien l'esprit syndicaliste est nul chez les médecins, malgré tout ce qui a été fait depuis tant d'années pour notre instruction et nos véritabtes intérêts.

Je veux me borner là, Monsieur et honoré confrère, dans la critique des points importants de cette circulaire qu'un confrère qualifiait devant moi « d'outrecuidante », car à relever tous les passages où il est « question de situations vraiment trop pénibles » (certains de ces Messieurs se font facilement 8 et 10.000 fr.) et d'expérience éprouvée d'un corps de praticiens qui exercent depuis longtemps la médecine administrative (on en trouverait qui, reçus docteurs au mois d'avril dernier étaient nommés inspecteurs au mois de mai), je risquerais de tomber dans les personnalités et c'est ce que je veux éviter, car la question est plus haute que celle à laquelle voudraient la ramener ces Messieurs.

Il s'agit de savoir si, égaux devant le diplôme et devant la caisse du percepteur, les médecins ont le droit de réclamer que certains clients exercent ce libre choix que la loi accorde aux accidentés du travail, quand bien même ils recevraient l'argent pour payer le médecin d'une administration, fût-elle publique. La question pour le corps médical indépendant ne fera pas de doute, et il déplorera qu'une divergence si profonde se soit produite sur un point du territoire, alors que jamais le besoin d'union étroite n'a été plus profond.

J'en ai fini avec cette question, je voudrais maintenant vous dire en peu de mots que, sollicité l'année dernière de concourir à la fondation d'une Société de Secours Mutuels, j'ai accepté à la condition formelle que : 1° *les membres* adhérents auraient le libre choix du médecin ; 2° que le paiement des honoraires aurait lieu à la visite et au tarif ouvrier de la région : 3° (dans le règlement intérieur) que si les médecins le préféraient, le règlement des honoraires serait fait directement par le trésorier de la Société, moyennant une commission de 5 % au profit de la Société.

Toutes ces conditions furent acceptées sans opposition sérieuse et je fus même désigné comme un des vice-présidents de la Société ! Je vous envoie un exemplaire des statuts et vous pourrez voir combien l'entente est aujourd'hui devenue facile, et combien les gens comprennent enfin que le médecin n'a pas d'obligations spéciales envers les mutualistes ; si à un moment donné le Corps Médical ne s'était pas défendu *unguibus et rostro*, nous serions toujours dans la même situation absurde : cela devrait bien faire réfléchir les confrères qui s'abusent si étrangement sur leurs véritables intérêts.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués,

Dr Gauthier,
Correspondant du *Concours*.

Copie de la circulaire envoyée aux médecins inspecteurs des services d'enfants assistés....

Nevers, le 19 août 1907.

Cher Collègue et cher Confrère,

Les médecins de l'Assistance publique ont trop souvent constaté que les groupements médicaux ne peuvent ou ne veulent prendre leur défense dans les difficultés qu'ils rencontrent. Aujourd'hui, la situation s'aggrave encore, puisque nos fonctions laborieuses et modestes se trouvent elles-mêmes menacées. Vous avez eu sans doute connaissance de la circulaire adressée récemment à ses membres par le Syndicat des médecins de la Nièvre. Cette circulaire proposait cette question : « Les nourriciers dépendant des services de l'assistance publique doivent-ils avoir le droit

de manifester la liberté de confiance à l'égard de tous les médecins ? »

A cette question la majorité a répondu affirmativement. Un vœu a été émis dans ce sens. Ce vœu va être transmis à Paris, et des efforts seront faits pour en imposer l'exécution à l'administration qui sera en mauvaise posture pour nous défendre si, par notre silence et notre inaction, nous laissons croire que nous sommes nous-mêmes partisans d'une telle mesure.

Cependant, ce qu'on appelle liberté de confiance, nous pouvons, nous l'appeler liberté de défiance à l'égard des médecins actuellement en exercice et à l'égard de l'administration qui les a désignés et nous ne pouvons pas ne pas nous défendre. Ne pensez-vous pas qu'il serait temps de nous unir dans ce but et de fonder une « Union Syndicale des Médecins de l'Assistance publique de la Nièvre ? ». Ces groupements professionnels sont formellement autorisés par les lois récentes sur les Associations. Presque tous les ordres de fonctionnaires ont déjà créé des organes de ce genre et ces associations reconnues et encouragées par toutes les administrations publiques, collaborent déjà avec elles pour le bien du service et l'amélioration du sort de leurs adhérents.

A côté du Syndicat médical qui défend les intérêts généraux de notre profession, il y a place pour un groupement qui s'occupera des questions intéressant plus particulièrement les médecins et les services de l'Assistance publique. C'est cette association que nous vous proposons de fonder. Nous pourrons alors répondre aux attaques — le plus souvent imprécises mais d'autant plus perfides — contre lesquelles nous serons désarmés tant que nous resterons isolés. Nous pouvons aussi poursuivre l'amélioration de situations parfois vraiment trop pénibles, et faire mieux apprécier moralement et pécuniairement, nos efforts et notre dévouement.

Dès maintenant une telle association nous aiderait à connaître les dispositions de lois qui nous sont favorables et que parfois nous ignorons ; elle nous permettrait aussi de faire augmenter encore le nombre de ces dispositions favorables.

D'ailleurs nous ne sommes pas seuls en jeu; si nous sommes unis nous pourrons d'autant mieux apporter aux services dont nous sommes les médecins titulaires des améliorations notables, particulièrement précieuses dans les services de l'enfance.

En effet, l'Assistance publique prend chaque jour une importance plus grande, une extension nouvelle. Aujourd'hui où la réorganisation de ses services est à l'ordre du jour, au moment où se discute la question du médecin unique chargé de tous les services d'assistances (enfants du premier âge, enfants assistés, assistance médicale gratuite. assistance aux vieillards, assistance aux infirmes aliénés en colonies, etc.), l'expérience éprouvée d'un corps de praticiens, qui exercent depuis longtemps la médecine administrative, doit pouvoir se manifester avec la force que donne l'Association. Les idées, les avis, les vœux d'un tel corps auront une autorité morale et une portée pratique que ne peuvent avoir nos voix isolées.

Notre rôle sera d'autant plus grand que notre exemple sera vraisemblablement suivi par d'autres départements, et que l'administration, nous en sommes convaincus sera heureuse de trouver pour ses projets de reformes une force nouvelle et des arguments précieux, dans nos vœux ou nos décisions.

Dès maintenant, et pour rendre l'entente plus facile et plus prompte, les soussignés ont assumé les fonctions de secrétaires provisoires et vous prient de leur adresser votre adhésion.

Ils provoqueront le plus tôt possible une Assemblée générale où seront rédigés des projets de statuts, et où l'on élira le bureau de l' « Union syndicale des Médecins attachés aux services de l'Assistance publique de la Nièvre ».

Veuillez agréer cher Collègue et cher Confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments de confraternité,

Les Secrétaires provisoires :

Dr Jules SUBERT, Nevers. — Dr A. COURTET, Chatillon-en-Bazois.

Lu et approuvé :

Drs Hubert CHARPENTIER (Prémery) ; LEBŒUF (La Charité); DUPREY (Château-Chinon); LIPSKI (Château-Chinon) ; FIÉ (Saint-Amand-en Puisaye); MANSION (Montsauche) ; LAUTIER (Tannay); ROY (Saint-Bénin-d'Azy).

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpital Saint-Antoine. 184, rue du faubourg Saint-Antoine.

Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.

Sous la direction de M. le Dr LERMOYEZ, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine les Drs PAUL LAURENS et HAUTANT, assistants du service, commenceront le lundi 11 novembre un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques. Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre de places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du Dr Paul-Laurens.

La marche de l'épidémie de méningite cérébro-spinale en Allemagne.—L'épidémie en question, dit la *Revue internationale de clinique et de thérapeutique*, continue de faire des progrès, dans les provinces *occidentales* de l'Empire d'Allemagne. Les autorités compétentes ont pris les mesures nécessaires pour l'enrayer, les mêmes que celles qui avaient été adoptées et mises en vigueur contre l'épidémie qui a sévi récemment dans la Haute Silésie et dont nous avons entretenu à plusieurs reprises nos lecteurs.

Pourrait-on savoir si l'Administration française a pris des mesures de protection pour nos départements orientaux ?

La mort par chloroforme et le président Magnaud.— Nous avons dit, l'année dernière, l'émotion causée par la sentence du *bon juge* qui condamnait un de nos confrères pour avoir perdu sous le chloroforme un blessé auquel il réduisait une luxation de l'épaule.

Or, la cour d'Amiens a remis les choses en place et déchargé notre confrère de tous frais. N'empêche que ces fantaisies juridiques sur la *faute lourde* devraient bien cesser une bonne fois si l'on veut que le public ne souffre pas de l'abstention des médecins devenus à juste titre trop timorés.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année | N° 40 | Dimanche 6 OCTOBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Réunion du conseil du 25 *septembre* 1907.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Cézilly et Diverneresse.

Le Conseil fixe d'abord l'Assemblée générale prochaine à la date statutaire du dimanche 17 novembre : elle se tiendra au restaurant Marguery à trois heures de l'après-midi et sera suivie du banquet. Avis de cette décision est donné aussitôt à l'Union des syndicats en vue du banquet commun.

Le Conseil fixe au mercredi 16 octobre la séance préparatoire de cette assemblée, séance qui comportera lecture des rapports annuels statutaires, établissement du budget, préparation de l'ordre du jour, invitations au banquet, etc.

Le Conseil, au complet, enregistre les résultats du tirage au sort de la bourse d'Eaux-Bonnes pour le V. E. M. tirage effectué le 18 juillet dernier par les trois membres présents, et suivi de l'attribution régulière à M. le Dr Tujague, de Sarraguzan (Gers).

Il vote une somme de 50 fr. pour participation au monument Brouardel, et une somme de 20 fr. pour la manifestation de sympathie organisée envers M. Lucas-Championnière, un des fidèles et dévoués du « Sou médical ».

Après avoir constaté à nouveau l'exécution de toutes les mesures votées par l'Assemblée générale précédente, il décide qu'un avis, inséré dans les prochains numéros du journal, demandera aux correspondants d'informer le bureau le plus tôt possible de leur désir d'assister à l'Assemblée générale du 17 novembre, en faisant connaître le montant de leurs frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de ces services.

Après approbation des actes du directeur gérant depuis la dernière réunion, la séance est levée.

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr A. Maurat.

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Réunion du conseil du 26 septembre 1907.

Etaient présents : MM. Maurat, Lepage, Cézilly, Gassot, Mignon et Jeanne.

M. le Dr Maurat propose de fixer au jeudi 17 octobre à 2 heures, la séance préparatoire de l'Assemblée générale. Il y serait procédé, suivant l'habitude, à l'audition des rapports du secrétaire-général et du trésorier, à la présentation et à la vérification des comptes, à la fixation de l'ordre du jour de l'Assemblée. (*Adopté*).

Lecture est donnée par M. Gassot du rapport relatif à la création d'une combinaison D pour pension aux veuves et orphelins des membres de la Société qui viendront à décéder et auront adhéré à la combinaison. Le principe de cette création a été adopté par le conseil général de l'A. G. : notre assemblée aura donc à se prononcer sur les statuts qui s'y réfèrent et ne modifient en rien les statuts généraux de l'Amicale. Nos confrères sont priés d'adresser sans retard les observations que leur suggèrera le rapport de M. Gassot inséré au présent procès-verbal.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Projet de création d'une combinaison D assurant à ses membres le bénéfice d'une pension pour leurs veuves ou leurs orphelins mineurs.

Rapport présenté par M. le Dr Gassot, *Trésorier.*

Messieurs et chers Confrères,

La situation des veuves et des orphelins du Corps médical nous préoccupe, vous le savez, depuis fort longtemps : dès l'année 1896, le *Concours médical* étudiait un projet de création d'une caisse spéciale leur assurant une pension à la mort du chef de famille, et M. Léon Marie avait même préparé un tableau des primes à verser pour le fonctionnement de cette caisse.

Statuts et tableaux des primes avaient été publiés, et nous attendions pour fonctionner les 300 adhésions sans lesquelles M. Marie nous avait dit qu'il était imprudent de partir.

Vous connaissez trop la lenteur avec laquelle pénètrent dans le Corps médical les idées de prévoyance pour vous étonner si ces 300 adhésions initiales ne purent être obtenues et si le projet dut être abandonné. Nous avions la conviction que, une fois créée, l'œuvre nouvelle progresserait, mais nous savions aussi que cette progression, comme celle de nos autres filiales, serait lente et nous ne pouvions nous exposer à un aléa qui pouvait tout faire sombrer au début.

Notre entente avec l'Association Générale des Médecins de France nous permet aujourd'hui de reprendre ce projet abandonné jadis à regret et de vous le présenter avec toutes les conditions de sécurité désirables.

Ce qu'il fallait avoir, c'était, dès le début, un nombre de membres suffisant pour échapper au risque toujours possible d'une série malheureuse, or, cette garantie du nombre nous savons que nous ne pouvons pas plus l'avoir maintenant qu'autrefois, mais elle va être remplacée dans le projet actuel par une autre garantie, celle de l'Association Générale qui s'engage à venir à notre secours s'il est nécessaire.

Dans ces conditions nous ne pouvions hésiter et c'est avec une satisfaction véritable que nous vous proposons l'introduction dans l'Association Amicale d'une combinaison nouvelle, la combinaison D, assurant éventuellement à ses membres le bénéfice d'une pension pour leurs veuves ou leurs orphelins mineurs âgés de moins de 18 ans.

La création, nous l'avons dit, est subordonnée à l'adoption par l'Association Générale de la convention suivante :

1° *L'Association Générale des Médecins de France s'engage, jusqu'au moment où le nombre des membres de la combinaison D de l'Association Amicale mettra son fonctionnement à l'abri des chances d'une série mauvaise, à faire, chaque année, à la dite combinaison D le prêt des sommes reconnues nécessaires pour replacer, le cas échéant, sa caisse dans les conditions d'un fonctionnement normal et régulier.*

Ces prêts seront faits sans intérêts.

2° *L'Association Amicale, à la fin de chaque exercice annuel, soumettra au Conseil Général de l'Association Générale son inventaire sommaire avec, s'il y a lieu, les appréciations de son actuaire.*

L'Association Générale n'aura à faire de prêts que dans le cas où les dépenses pour le service des pensions auraient excédé le quantum normalement prévu.

3° *La combinaison D remboursera l'Association Générale lorsque sa situation le lui permettra.*

4° *Les femmes des médecins membres de la combinaison D devront elles-mêmes faire partie de l'Association Générale.*

Ce projet de convention, soumis au Conseil Général de l'Association Générale et renvoyé par lui à l'étude d'une commission spéciale, a été adopté en principe le 11 avril 1907.

Il nous était possible dès lors d'aller de l'avant.

Les statuts de la nouvelle combinaison furent préparés et M. Fleury fut chargé de dresser, en exécution de ces statuts, le barème des cotisations.

L'affaire est donc au point et nous vous la soumettons.

La lecture des statuts vous édifiera suffisamment sur leur caractère : seul le § 3 de l'article VIII nous paraît réclamer quelques éclaircissements.

Il est entendu que si le sociétaire, après quinze années de participation et de paiement régulier de sa cotisation, a, pour une cause quelconque, cessé ce paiement, sa veuve aura droit à une pension réduite — mais quelle sera cette pension ?

Les statuts disent :

La pension réduite sera égale à la différence entre la pension normale et la pension que la cotisation annuelle laissée en souffrance assurerait à un adhérent entrant à l'âge où est arrivé le sociétaire au moment où il a cessé de payer cette cotisation.

Supposons un sociétaire entré à 30 ans, sa femme ayant 26 ans, il verse une cotisation de 176 frs, mais arrivé à 46 ans, sa femme en ayant 42, il cesse pour une cause quelconque de verser : il est supposé renoncer à la pension $\frac{600 \times 176}{279}$ soit 378 frs.

Si donc il meurt, sa femme aura droit à une pension de $600 - 378 = 222$ francs.

Quant aux primes, elles ont été calculées sur les bases suivantes :

Taux d'intérêt 3 % ;

Loi de mortalité pour la femme : table de mortalité des Rentiers français telle qu'elle est déduite de l'observation des Compagnies françaises pour leurs rentiers viagers ;

Loi de mortalité pour le mari : table de mortalité des Assurés français déduite de l'observation des Compagnies françaises pour leurs assurés en cas de décès ;

Frais de gestion 4 % des primes annuelles et 1,36 % des primes uniques.

En conséquence, nous vous proposons l'adoption des statuts suivants :

STATUTS

I

Sous le bénéfice de la ratification par l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France de la Convention adoptée en principe par son Conseil général, d'une part, et par l'Assemblée Générale de l'Association Amicale, d'autre part ;

Une combinaison nouvelle, dite combinaison D, est créée à l'Association Amicale des médecins Français pour permettre aux membres de cette Association d'assurer, le cas échéant, à leurs veuves, une pension annuelle de six cents francs, pension qui est réversible, dans une certaine mesure, en cas de décès de la mère, sur les enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

II

La combinaison D est indépendante des autres combinaisons de l'Association Amicale mais peut se superposer à chacune d'elles.

III

La limite de l'âge d'entrée dans cette combinaison est fixée à cinquante ans.

IV

Tout membre qui veut entrer à la combinaison D doit :

1° Subir un double examen médical devant les Confrères que lui aura désignés le Conseil d'administration et présenter les certificats qui lui auront été délivrés par eux ;

2° Présenter un bulletin de mariage ainsi que le bulletin de naissance de sa femme bénéficiaire éventuelle ;

3° Justifier que sa femme est affiliée à une des Sociétés de secours mutuels agréées à l'Association Générale des médecins de France.

Le Conseil d'Administration prononce sur l'admission à la fin de chaque trimestre.

V

Tout membre admis à la combinaison D paie une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée dans la combinaison.

Les âges sont ceux que les intéressés atteindront dans l'année de leur admission.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique au moment de l'entrée.

Le tableau ci-après détermine le chiffre des primes pour les divers âges.

Les cotisations ne peuvent être contre-assurées dans le but d'assurer leur remboursement.

VI

La cotisation annuelle part du 1er janvier de l'année de l'admission.

Elle se paie, à la volonté du sociétaire, soit en une fois en janvier, soit en deux fois par moitié, au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année.

Tout retard de plus d'un mois dans le versement de la cotisation entraîne le paiement d'une indemnité mensuelle complémentaire de 0,50 % par mois représentant les intérêts et les frais de correspondance et de rappel.

VII

La cotisation annuelle cesse d'être exigible :

1° Si le sociétaire vient à décéder ;

2° Si le sociétaire atteint 65 ans (1) ;

3° Si la femme du sociétaire vient à mourir sans enfants ;

4° Si la femme du sociétaire étant morte, il ne reste plus d'enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

VIII

La cessation du paiement de la cotisation pendant une année entraîne la radiation du sociétaire et la perte des droits conférés par la participation.

Toutefois si le sociétaire compte quinze années de participation avec paiement régulier de la cotisation, une pension réduite pourra être attribuée à sa veuve.

Cette pension réduite sera égale à la différence entre la pension normale et la pension que la cotisation annuelle laissée en souffrance assurerait à un adhérent entrant à l'âge où est arrivé le sociétaire au moment où il a cessé de payer cette cotisation.

IX

Le bénéfice des avantages concédés par la combinaison D ne commence que six mois après l'admission du sociétaire et après le paiement de la seconde prime semestrielle.

X

Le droit à la pension s'ouvre le lendemain du décès du sociétaire.

Il cesse :

Pour la veuve, le jour de son décès ;

Pour les enfants mineurs, le jour où ils atteignent 18 ans ou le jour de leur décès.

XI

Dans le cas de décès de la mère, la pension attribuée aux enfants mineurs sera, par tête, de :

300 fr. pour un ou deux orphelins ;
200 fr. pour trois orphelins ;
150 fr. pour quatre orphelins ;
120 fr. pour cinq orphelins ;

Et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne puisse, en aucun cas, dépasser six cents francs par famille ni trois cents francs par tête.

Si l'un des orphelins pensionnés vient à mourir ou s'il atteint 18 ans, sa pension n'est pas reversible sur ses frères et sœurs.

XII

La pension se paie par quarts, à termes échus, à la fin de chaque trimestre (31 mars, 30 juin, 30

(1) L'âge d'entrée étant uniformément pour tous les sociétaires ramené au 1er janvier, l'âge de 65 ans se trouve par cela même ramené au 1er janvier : il en résulte que le sociétaire n'a pas à payer de cotisation pour l'année dans laquelle il atteint 65 ans.

septembre et 31 décembre) sur la production d'un certificat de vie par les bénéficiaires.

Le premier arrérage ne comprend que le prorata couru depuis le jour du décès jusqu'à la date du paiement.

De même le dernier arrérage, en cas de cessation du droit à la pension, ne comprend que le prorata couru jusqu'au jour de la cessation. En cas de décès, il est versé aux ayants droit, sur la production d'un bulletin de décès, aux dates fixées ci-dessus.

Il demeure entendu que les statuts généraux de l'Association Amicale sont applicables à la combinaison D.

Tableau des primes

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.	AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
25	25	2.432	138	30	28	2.664	162
—	24	2.504	142	—	27	2.748	167
—	23	2.576	146	—	26	2.831	171
—	22	2.647	150	—	25	2.914	176
—	21	2.718	153	—	24	2.996	181
—	20	2.789	156	—	23	3.078	185
				—	22	3.159	189
26	26	2.444	140	—	21	3.240	193
—	25	2.519	144	—	20	3.320	197
—	24	2.594	148				
—	23	2.668	152				
—	22	2.742	156	31	31	2.503	155
—	21	2.814	160	—	30	2.591	160
—	20	2.885	164	—	29	2.679	165
				—	28	2.766	170
27	27	2.456	143	—	27	2.853	175
—	26	2.534	147	—	26	2.938	180
—	25	2.610	151	—	25	3.024	185
—	24	2.687	155	—	24	3.310	190
—	23	2.764	159	—	23	3.194	194
—	22	2.839	163	—	22	3.277	199
—	21	2.913	167	—	21	3.358	204
—	20	2.986	171	—	20	3.437	209
28	28	2.468	146	32	32	2.515	159
—	27	2.548	151	—	31	2.606	164
—	26	2.628	155	—	30	2.696	169
—	25	2.708	159	—	29	2.786	174
—	24	2.788	163	—	28	2.875	179
—	23	2.865	168	—	27	2.964	184
—	22	2.942	172	—	26	3.052	189
—	21	3.018	176	—	25	3.140	194
—	20	3.091	180	—	24	3.227	199
				—	23	3.312	204
29	29	2.480	149	—	22	3.396	209
—	28	2.564	154	—	21	3.478	214
—	27	2.646	159	—	20	3.560	219
—	26	2.728	163				
—	25	2.809	167	33	33	2.528	163
—	24	2.889	172	—	32	2.621	169
—	23	2.968	176	—	31	2.714	174
—	22	3.046	180	—	30	2.805	179
—	21	3.125	184	—	29	2.897	184
—	20	3.203	188	—	28	2.988	190
				—	27	3.079	195
30	30	2.492	152	—	26	3.170	200
—	29	2.578	157	—	25	3.260	205

Tableau des primes

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.	AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
33	24	3.349	210	37	30	2.290	225
—	23	3.436	215	—	29	3.392	231
—	22	3.521	220	—	28	3.493	238
—	21	3.607	226	—	27	3.593	244
—	20	3.691	231	—	26	3.692	250
				—	25	3.792	256
34	34	2.538	167	—	24	3.890	262
—	33	2.635	173	—	23	3.987	268
—	32	2.730	179	—	22	4.084	274
—	31	2.825	184				
—	30	2.918	189	38	38	2.579	185
—	29	3.012	195	—	37	2.686	191
—	28	3.107	201	—	36	2.792	198
—	27	3.200	206	—	35	2.898	205
—	26	3.294	211	—	34	3.003	212
—	25	3.386	217	—	33	3.109	219
—	24	3.476	223	—	32	3.214	226
—	23	3.565	228	—	31	3.319	233
—	22	3.654	233	—	30	3.424	239
—	21	3.741	238	—	29	3.528	246
—	20	3.828	243	—	28	3.631	253
				—	27	3.733	259
35	35	2.550	171	—	26	3.835	265
—	34	2.647	177	—	25	3.937	271
—	33	2.745	183	—	24	4.037	277
—	32	2.842	189	—	23	4.136	283
—	31	2.939	194				
—	30	3.037	200	39	39	2.588	190
—	29	3.134	206	—	38	2.698	197
—	28	3.230	212	—	37	2.807	204
—	27	3.327	217	—	36	2.915	211
—	26	3.421	223	—	35	3.023	218
—	25	3.514	229	—	34	3.131	225
—	24	3.697	235	—	33	3.239	232
—	23	36.99	240	—	32	3.347	239
—	22	3.791	245	—	31	3.455	246
—	21	3.881	250	—	30	3.562	253
—	20	3.971	255	—	29	3.668	260
				—	28	3.774	267
36	36	2.560	175	—	27	3.879	275
—	35	2.660	181	—	26	3.983	282
—	34	2.760	187	—	25	4.086	289
—	33	2.861	193	—	24	4.189	306
—	32	2.961	199				
—	31	3.061	206	40	40	2.596	195
—	30	3.160	212	—	39	2.708	202
—	29	3.259	218	—	38	2.820	209
—	28	3.359	224	—	37	2.931	217
—	27	3.456	230	—	36	3.042	225
—	26	3.553	236	—	35	3.153	233
—	25	3.650	242	—	34	3.265	241
—	24	3.746	248	—	33	3.376	248
—	23	3.842	254	—	32	3.487	255
—	22	3.938	260	—	31	3.597	263
—	21	4.032	266	—	30	3.706	271
				—	29	3.815	278
37	37	2.570	180	—	28	3.924	285
—	36	2.673	186	—	27	4.032	292
—	35	2.776	192	—	26	4.139	299
—	34	2.879	198	—	25	4.244	306
—	33	2.982	205				
—	32	3.085	212	41	41	2.602	201
—	31	3.187	219	—	40	2.717	209

Tableau des primes

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
41	39	2.831	217
—	38	2.946	225
—	37	3.060	233
—	36	3.175	241
—	35	3.290	249
—	34	3.403	257
—	33	3.517	264
—	32	3.630	272
—	31	3.743	280
—	30	3.855	288
—	29	3.967	295
—	28	4.078	302
—	27	4.188	309
—	26	4.296	316
42	42	2.608	208
—	41	2.725	216
—	40	2.843	224
—	39	2.961	232
—	38	3.078	241
—	37	3.195	249
—	36	3.313	257
—	35	3.431	265
—	34	3.547	274
—	33	3.664	282
—	32	3.780	290
—	31	3.896	298
—	30	4.011	307
—	29	4.124	315
—	28	4.237	323
—	27	4.349	331
43	43	2.612	214
—	42	2.733	222
—	41	2.854	231
—	40	2.974	240
—	39	3.094	249
—	38	3.215	258
—	37	3.335	267
—	36	3.456	276
—	35	3.577	285
—	34	3.696	294
—	33	3.815	303
—	32	3.934	312
—	31	4.052	320
—	30	4.170	328
—	29	4.287	336
	28	4.403	344
44	44	2.615	222
—	43	2.738	231
—	42	2.862	240
—	41	2.985	249
—	40	3.110	258
—	39	3.234	267
—	38	3.359	277
—	37	3.482	287
—	36	3.605	296
—	35	3.727	306
—	34	3.850	315
—	33	3.973	324
—	32	4.094	333
—	31	4.215	342

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
44	30	4.335	351
—	29	4.453	360
45	45	2.617	229
—	44	2.744	238
—	43	2.870	248
—	42	2.997	258
—	41	3.122	268
—	40	3.250	278
—	39	3.377	288
—	38	3.505	298
—	37	3.631	308
—	36	3.758	318
—	35	3.883	328
—	34	4.009	338
—	33	4.134	348
—	32	4.259	358
—	31	4.382	368
—	30	4.505	378
46	46	2.617	238
—	45	2.747	248
—	44	2.876	258
—	43	3.006	268
—	42	3.134	279
—	41	3.264	289
—	40	3.395	299
—	39	3.525	310
—	38	3.655	321
—	37	3.785	332
—	36	3.914	343
—	35	4.044	353
—	34	4.173	363
—	33	4.302	373
—	32	4.429	383
—	31	4.555	393
47	47	2.616	247
—	46	2.748	258
—	45	2.879	269
—	44	3.012	280
—	43	3.145	291
—	42	3.278	302
—	41	3.412	313
—	40	3.546	324
—	39	3.680	336
—	38	3.813	348
—	37	3.946	359
—	36	4.080	370
—	35	4.212	381
—	34	4.343	392
—	33	4.474	403
—	32	4.603	414
48	48	2.612	256
—	47	2.747	267
—	46	2.882	279
—	45	3.017	291
—	44	3.153	303
—	43	3.291	315
—	42	3.428	327
—	41	3.565	339
—	40	3.702	351

Tableau des primes

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
48	39	3.838	363
—	38	3.975	375
—	37	4.111	387
—	36	4.247	399
—	35	4.382	411
—	34	4.517	423
—	33	4.650	435
49	49	2.607	267
—	48	2.743	279
—	47	2.880	291
—	46	3.019	304
—	45	3.159	317
—	44	3.300	330
—	43	3.441	343
—	42	3.582	356
—	41	3.722	369
—	40	3.862	382
—	39	4.002	395
—	38	4.142	408
—	37	4.281	420

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
49	36	4.419	432
—	35	4.556	444
—	34	4.693	456
50	50	2.600	279
—	49	2.739	292
—	48	2.879	305
—	47	3.021	318
—	46	3.163	332
—	45	3.306	346
—	44	3.450	360
—	43	3.594	374
—	42	3.738	388
—	41	3.882	402
—	40	4.026	416
—	39	4.170	430
—	38	4.313	443
—	37	4.456	456
—	36	4.599	469
—	35	4.742	482

Pour éviter des questions auxquelles il serait impossible de donner satisfaction, le Conseil d'Administration avertit les sociétaires que l'organisation future est rigoureusement exclusive de tous cas particuliers ne rentrant pas dans la règle générale. Ces cas particuliers, quelque intéressants qu'ils puissent être, ne peuvent recevoir satisfaction, car ils entraîneraient, à eux seuls, une organisation spéciale à chacun d'eux.

Admissions.

Sont prononcées les admissions suivantes :

Combinaison A. — MM. Thomas (Censerey, Côte-d'Or), Roux (Saint-Gervais, Haute-Savoie), Kent-Gazet (Aix-les-Bains, Savoie), Odeyé (Lesneven, Finistère), Orliac (Agen, Lot-et-Garonne), Viannay (Saint-Etienne, Loire), Amavet (Martigues, B.-du-Rh.), Canceill (Elne, Pyr.-Orientales), Bourrud (Saint-Claude, Jura), Brandès (Lézardrieux, Côtes-du-Nord), Ferry (Dijon, Côte-d'Or), Sotty (Dijon, Côte-d'Or), Galtier (Bordeaux).

Combinaison C.— MM. Sutter (Claglon-Nord), Nimier (Saint-Brieuc, Côtes-du-Nord).

L'admission de M. le Dr D. est réservée parce qu'il ne s'est pas présenté à l'examen supplémentaire qui lui était imposé.

Celle de M. le Dr J.. reste subordonnée à son admission dans sa Société locale et en prendra la date.

M. le Dr Mignon signale, en dépouillant ses dossiers, que des sociétés locales et des correspondants du *Concours* n'ont pas hésité à s'imposer la dépense d'imprimés tout préparés pour faciliter la propagande en faveur de l'Amicale : il se propose d'insister dans son rapport sur l'ingéniosité de cette pratique et réclame dès maintenant les éloges du Conseil pour ces propagandistes. Il va sans dire que ces éloges sont unanimement et immédiatement votés.

Indemnités.

31	Cure thermale	100	»»
44	60 jours, 2 ch	606	65
45	11 jours	110	»»
51	3 mois	300	»»
66	26 jours	260	»»
77	4 jours	40	»»
80	3 mois	300	»»
128	60 jours + 2	676	60
137	3 mois	300	»»
140	1 mois	50	1/4
147	3 mois	300	»»
150	3 mois	300	»»
154	3 mois	300	»»
173	3 mois	300	»»
179	3 mois	300	»»
186	3 mois	300	»»
217	Cure thermale	100	»»
223	49 jours	490	»»
234	29 jours	290	»»
235	32 jours	320	»»
238	3 mois	300	»»
257	25 jours	250	»»
262	Cure thermale	100	»»
264	19 jours	190	»»
307	12 jours	120	»»
313	6 jours	60	»»
315	38 jours	380	»»
331	25 jours	250	»»
332	3 mois	300	»»
334	22 jours + 20 chr	286	65
341	3 mois	300	»»
346	6 mois	600	»»
353	23 jours	230	»»
372	3 mois	300	»»
386	Cure thermale	100	»»
418	17 jours	170	»»
421	3 mois	300	»»
452	12 jours + 12	159	95
480	80 jours ch	266	65
498	3 mois	300	»»
509	3 mois	300	»»
522	8 jours	80	»»
553	33 jours	330	»»
588	60 jours, 1 mois	700	»»
638	19 jours	190	»»
643	29 jours	290	»»
684	16 jours	160	»»
691	28 jours (don de 200 fr.)	280	»»
731	26 jours	260	»»
796	Cure thermale	100	»»
813	3 jours	30	»»
825	6 jours	60	»»
834	23 jours	230	»»
869	8 jours + 1 jour	83	33
882	65 jours	616	65
892	60 jours + 31 jours ch	703	33
926	56 jours	560	»»
934	9 jours	90	»»
939	Cure thermale	100	»»
957	3 mois	300	»»
958	60 jours	600	»»
990	19 jours	190	»»
1001	10 jours ch	33	33
1004	3 jours	30	»»
1044	7 jours	70	»»
1126	7 jours	70	»»
1154	3 mois	300	»»
1199	3 mois	300	»»
1212	49 jours	490	»»
1213	5 jours	50	»»
1235	39 jours	390	»»
1249	4 jours	40	»»
1275	3 mois	300	»»
1276	60 jours, 14 ch	646	65
1289	1 mois	100	»»
1301	26 jours	260	»»
1334	31 jours	310	»»
		20.349	80

Le Conseil adresse des remerciements à MM. Lepage et Robert qui font des dons : le premier de 150 francs, le second de 200 fr. à la caisse auxiliaire.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire des séances, Dr H. JEANNE. *Le Président,* Dr A. MAURAT.

ASSEMBLÉE TRIMESTRIELLE DU SOU MÉDICAL

La séance est ouverte à quatre heures sous la présidence de M. Maurat.

Etaient présents : MM. Vimont, Gassot, Cézilly, Levassort, Diverneresse, de Grissac, Daverne, Gatineau, conseil du « Sou ».

1° Lecture est donnée d'une consultation de Me Gatineau au sujet de la déclaration des fœtus mort-nés.

2° Secret professionnel. Au sujet d'une plainte en violation de secret professionnel contre le Dr G... une discussion générale sur ce sujet s'engage, la question étant envisagée au double point de vue moral et légal. Cette discussion peut se résumer dans les termes suivants, mis aux voix et adoptés : « Pour la sauvegarde du secret professionnel, il est admis qu'en aucun cas, un certificat médical ne doit être remis à une autre personne qu'à l'intéressé, libre à ce dernier de le communiquer à des tiers. Il est rappelé aux confrères que cette règle de prudence doit être scrupuleusement observée, les poursuites basées sur de prétendues violations de l'art. 378 devenant de plus en plus fréquentes.

3° Au sujet du jugement définitif rendu dans l'affaire F. de B... (Elévation relative de note d'honoraires. Loi 1898-1905), il est rappelé aux confrères qu'ils sont tenus de prévenir s'ils prévoient des complications, et que dans ce cas, toutes réserves doivent être faites sur les certificats initiaux.

4° Au sujet de la plainte portée par un confrère de la banlieue immédiate de Paris, pour entraves au libre choix du médecin pour les accidentés du travail, drainés vers des « entreprises médicales » par l'intervention d'employés de mairie ou de justice de paix, la motion suivante est mise aux voix et adoptée :

Le Comité du Sou médical, syndicat de défense professionnelle, composé de 1.100 *membres, a l'honneur d'attirer l'attention de M. le procureur de la République, sur la gravité des faits signalés dans la plainte ci-jointe. Il croit devoir appeler sa*

bienveillante attention sur la nécessité d'assurer le libre choix du médecin par l'ouvrier contre les manœuvres de racolage qui tendent à y porter atteinte ; quelles que soient les personnalités, collectivités financières ou autres, au profit desquelles elles sont pratiquées, alors surtout qu'elles émanent d'auxiliaires de la justice, dont la considération ne peut qu'être compromise par de semblables agissements .

4° L'ordre du jour appelle la question du rôle du médecin traitant des accidentés du travail.

Ce rôle ne se borne pas à soigner le blessé. Le praticien doit être à même d'interpréter les expertises faites, et doit accompagner son client à chaque expertise, pour défendre les intérêts du sinistré : Le Comité exprime le vœu, qu'une rémunération soit attribuée pour chaque vacation rendue nécessaire en cas d'expertise, cette vacation étant mise au compte du répondant, au point de vue pécuniaire, du blessé.

5° Affaire de L... contre la P... En cas de massage, le prix de cette manœuvre est distinct de celui de la visite et s'ajoute au prix de cette dernière.

Etant donnée la tendance de quelques juges de paix de ne pas tenir compte de cette partie du tarif ministériel, il est décidé de soutenir ce confrère, dans son action intentée à un patron assuré à la P.., pour faire juger ce cas particulier.

M. Gassot communique la liste de nouveaux adhérents :

Nos
1282 Dr Seibel, à Livarot (Calvados).
1283 Dr Nicolas, à Saint-Chamond (Loire).
1284 Dr Calba, aux Andelys (Eure).
1285 Dr Ricard, à Paris.
1286 Dr Mohamed, à Saint-Denis-de-Gastine (Mayenne).
1287 Dr Lestage, à Gradignan (Gironde).
1288 Dr Dupont, à Sétif (Constantine).
1289 Dr Landry, à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres).
1290 Dr Bouilloud, à Pont-d'Ain (Ain).
1291 Dr Chapoy, à Marboz (Ain).
1292 Dr Tillé (Charles), à Beauvont-sur-Niort (Deux-Sèvres).
1293 Dr Prieur (Albert), à Château-Thierry (Aisne).
1294 Dr Lemesle, à Bléré (Indre-et-Loire).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à six heures.

Le Président, Dr Maurat.

Le secrétaire des séances, Dr Daverne.

LA SEMAINE MEDICALE

Parallèle de l'anesthésie au chloroforme chez l'enfant par la compresse et par l'appareil de Ricard.

M. le Prof. Estor, de Montpellier, vient de faire connaître, dans la *Pédiatrie pratique*, les résultats d'une intéressante série d'expériences qu'il a exécutées pour essayer d'établir une comparaison entre l'anesthésie chez l'enfant par le chloroforme donné au moyen d'une compresse et celle par le chloroforme administré avec l'appareil de Ricard.

« Voici les résultats obtenus :

« Le temps écoulé jusqu'à la résolution a été sensiblement le même avec la compresse et l'appareil de Ricard (dix minutes).

« Avec l'appareil de Ricard, nous avons observé des phénomènes d'excitation dans la proportion de quatorze pour cent et avec la compresse dans la proportion de vingt pour cent.

« Les vomissements préopératoires se sont montrés plus fréquents avec l'appareil de Ricard (dix-huit pour cent au lieu de six pour cent). Au cours de l'anesthésie opératoire, les vomissements ont été moins fréquents avec l'appareil de Ricard (huit pour cent au lieu de douze pour cent). Les vomissements post-opératoires ont été notablement plus fréquents avec l'appareil de Ricard (soixante-seize pour cent au lieu de trente-quatre pour cent). Nous n'avons tenu compte que des vomissements survenus immédiatement après l'opération et nous n'avons pas noté ceux qui se sont produits pendant la journée ou la nuit suivante.

« La régularité du sommeil a été aussi bien assurée par la compresse que par l'appareil de Ricard.

« Le temps écoulé jusqu'au réveil a été sensiblement le même avec les deux méthodes (douze minutes).

« La quantité de chloroforme nécessaire pour obtenir une heure d'anesthésie opératoire a été de 21,75 centimètres cubes, avec la compresse et de 18,10 centimètres cubes, avec l'appareil de Ricard. La moyenne de l'âge des cinquante enfants anesthésiés avec l'appareil de Ricard était de sept ans et six mois, la moyenne de l'âge des cinquante enfants anesthésiés avec la compresse était de six ans et quatre mois. Etant donné que la quantité de chloroforme nécessaire pour obtenir la résolution est en raison directe de l'âge du patient, il est permis d'admettre, les enfants endormis avec l'appareil de Ricard étant un peu plus âgés que les enfants endormis à la compresse, que le chiffre 18,10 indiquant la quantité de chloroforme employée avec l'appareil de Ricard est un chiffre un peu trop élevé.

« Enfin, avec la compresse, j'ai observé un arrêt de la respiration, qui a nécessité la respiration artificielle pendant quelques minutes et deux alertes tres légères. Avec l'appareil de Ricard je n'ai eu aucun incident.

« En somme, dans cette série de cent anesthésies, l'appareil de Ricard s'est montré supérieur à la compresse, sauf au point de vue de la fréquence des vomissements préopératoires et post-opératoires. »

Traitement de la phtisie chez les diabétiques.

La clinique nous apprend que les diabétiques présentent une prédisposition marquée au développement de la tuberculose pulmonaire, et la combinaison possible de ces deux affections est expliquée dans une certaine mesure par la bactériologie. Depuis longtemps on sait, en effet, que l'addition de sucre aux milieux de culture favorise le développement du bacille de Koch ; de plus, le parenchyme pulmonaire du diabétique est favorable aux infections microbiennes mixtes, qui y déterminent une mortification cellulaire rapide d'un genre particulier, et deviennent ainsi propices au développement de la tuberculose.

Il est certain que les troubles de nutrition des diabétiques, causés par la perte constante du sucre, sont également des facteurs prédisposants à la tuberculose, la chose est vraie surtout pour les glycosuries graves. Néanmoins, quand l'élimination urinaire du sucre est faible, l'hyperglycémie des tissus n'en existe pas moins, même sans troubler l'état général ; et les observations cliniques nous montrent que ces cas de diabète léger prédisposent aussi bien à la tuberculose qu'aux autres complications.

De toutes ces considérations se dégage un principe essentiel pour le traitement de la tuberculose chez les diabétiques ; c'est qu'il importe avant tout, malgré le caractère spécial de la phtisiothérapie actuelle, d'agir sur la constitution affaiblie du malade, d'améliorer le terrain par des prescriptions hygiéniques et diététiques. Or jusqu'alors ce principe avait été mal appliqué par la plupart des praticiens ; sans s'occuper du diabète, ils ordonnaient à leurs malades la suralimentation pour lutter contre la tuberculose ; mais les résultats obtenus n'étaient guère satisfaisants en raison de l'aggravation fatale du diabète. Mieux vaut améliorer le terrain en faisant disparaître le sucre de l'organisme ; les tissus non sucrés seront moins favorables au développement du bacille de Koch, et le diabète ayant disparu, on verra également la destruction des foyers tuberculeux. C'est là un fait démontré par les observations cliniques de Thorspecken (*Munch. Med. Wochens* n° 7 1907), tout au moins pour les cas légers de diabète et de tuberculose, tels que des patients, soucieux de leur santé, permettront aux praticiens de les traiter.

La bactériolgie d'une part, la clinique de l'autre, nous montrent donc, toutes deux que l'amélioration du diabète peut et doit amener la disparition de la tuberculose chez les malades soignés en temps opportun.

La congestion pulmonaire traînante, prolongée.

M le Dr L. Rénon a rappelé, dans une récente conférence clinique, les différentes formes ou types cliniques différents que peut revêtir la congestion pulmonaire primitive ; ces types sont :

1° Congestion pulmonaire aiguë, type de Woillez, qui évolue en général rapidement et qui guérit en huit ou neuf jours, la température étant tombée brusquement dès le troisième ou le quatrième jour.

2° La fluxion de poitrine catarhale de Dupré, Grasset et Dieulafoy, dans laquelle tous les plans de la poitrine sont atteints, depuis le tissu cellulaire et les muscles jusqu'aux poumons, elle guérit dans le même temps.

3° La congestion pleuro-pulmonaire de Potain qui porte à la fois sur le poumon et la plèvre et dont l'évolution est toujours longue parce que la résolution est difficile.

4° La spléno pneumonie de Granger, qui est presque toujours prise pour une pleurésie et dont elle présente tous les signes physiques.

5° La congestion subite avec ses trois modalités : le coup de sang pulmonaire, la congestion paroxystique de Weill, qui peut se répéter tous les mois et la congestion bronchoplégique décrite par Huchard et qui est une des formes de l'œdème aigu du poumon.

6° La congestion pulmonaire sans expectoration décrite par M. Rénon en 1899 et qui se caractérise par une dyspnée violente avec une congestion massive dans laquelle l'exsudat est renfermé.

7° Enfin la congestion primitive traînante et prolongée. Cette forme mérite ce nom, car sa durée peut être de 45 jours, 3 mois, 144 jours d'après quelques observations. On voit des malades qui maigrissent, ont de la fièvre et dont l'aspect fait à peu près fatalement penser à la tuberculose.

Et de fait ce diagnostic différentiel n'est guère possible que par l'examen des crachats qui ne renferment pas de bacilles, mais contiennent presque toujours des pneumocoques, dont on peut vérifier virulence par l'inoculation aux cobayes.

La maladie ressemble aussi à la broncho pneumonie à entérocoques, c'est-à-dire à cette forme dans laquelle on retrouve le microbe de Thiercelin, forme qui débute comme une bronchopneumonie banale, mais qui s'accompagne bientôt d'amaigrissement et de diarrhée, les signes intestinaux prenant une importance notable dans la symptomatologie.

Ces types, on le voit, sont nombreux, mais assez caractéristiques pour qu'on puisse bien les différencier les uns des autres. D'une façon générale, leur pronostic est assez bénin et la guérison est la règle avec une réserve pour l'envahissement possible par la tuberculose. Puis le pneumocoque, qui existe ici presque toujours, constitue un danger permanent pour la généralisation possible.

Le point le plus important pour le traitement consiste tout d'abord dans la révulsion qu'on fera avec des ventouses scarifiées entourées de ventouses sèches souvent renouvelées.

A l'intérieur on pourra donner la poudre de Dower par doses de 0.10 centigrammes, le matin et le soir et pour abaisser la température, l'aspirine ou la marétine. Les injections d'huile camphrée peuvent être indiquées.

Dans les formes prolongées on devra employer des toniques comme la préparation suivante :

Extrait mou de quinquina.	3 grammes.
Arséniate de soude.	0.05 centigram.
Glycérine neutre.	50 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères q. s. pour.	300 grammes.

Trois à quatre cuillerées à soupe par jour. La cuillerée contient deux milligrammes d'arséniate de soude. On donnera en même temps le régime lacto-végétarien.

Demandes et offres (suite).

journaux suivants : Le *Concours Médical*, le *Bulletin Médical*, la *Chronique Médicale*, le *Correspondant Médical*. Ecrire au Docteur DELCROIX, 104, Faubourg-Poissonnière.

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Concours à Dr G. à V. — Nous vous serions obligés de nous faire connaître votre identité, car il est de règle chez nous de ne point répondre à des lettres dont les auteurs n'assument pas nettement la paternité.

Dr M., de N., à *Concours*. — Est-ce un oubli ? Je viens de lire dans le dernier numéro du *Concours*, la liste des points du tarif accidents qui doivent être modifiés: *elle ne contient pas la majoration du prix de la visite nécessitée le dimanche, conformément aux décisions du Congrès des Praticiens.* Cependant le cas peut se produire et doit être prévu : par exemple dans les établissements de commerce (aujourd'hui soumis à la loi de 1898), autorisés à donner à leurs employés le repos hebdomadaire par roulement, et même, pour certains cas exceptionnels, dans l'industrie, lorsque l'autorisation a été accordée de travailler le dimanche.

Réponse. — Quand nous signalions à la fin de notre article qu'il y avait des lacunes à combler dans le tarif actuel, nous avions en vue le *repos hebdomadaire* entre autres choses dont les syndicats s'occupent encore à cette heure.

Dr R... à L... à *Concours*. — Je vous adresse l'annonce d'un bandagiste faisant des tournées périodiques, faites-en ce que vous voudrez.

Pourriez-vous me dire ce que je dois demander pour un rapport médico-légal que j'ai fait, le blessé a été soigné par son médecin qui a fait un certificat donnant droit à tant d'incapacité.

La compagnie (*L'Alliance*) a fait examiner par un confrère qui a presque contredit. Plaidoirie. Juge de Paix me désigne, la de-

Suite page X.

Un fait intéressant au point de vue du traitement a été signalé par Netter, qui a constaté que lorsqu'on fonctionnait dans une région mate alors même qu'on ne retirait pas le liquide on voyait produire en ce point des râles qui n'existaient pas auparavant et que plus tard l'état local s'améliorait en ce point. (Journal de Lucas-Championnière).

M. Rénon a utilisé cette notion pour le traitement et a pu constater qu'après avoir piqué le poumon en certains points, cette petite opération avait été le point de départ d'une résolution plus ou moins active.

La rééducation des hémiplégiques.

Au dernier Congrès de Genève, M. le Dr Maurice Faure, de Lamalou, a repris sa question favorite et a montré, par une remarquable observation, tout le bénéfice que l'on pouvait obtenir par la rééducation des mouvements chez les hémiplégiques. Nous ne pouvons mieux fixer l'attention qu'en reproduisant les conclusions de sa communication :

La mobilisation précoce et la rééducation méthodique des hémiplégiques, longtemps prolongées, peuvent empêcher l'apparition de la plupart des complications de l'hémiplégie, que l'on considérait autrefois comme fatales, ce qui tend à démontrer que ces complications sont la conséquence de l'imobilité des muscles et des articulations, au moins autant que la résultante des lésions nerveuses centrales.

Le traitement doit être minutieux, et sa durée doit se compter par mois, ou mieux trimestres, pour donner des résultats importants et définititifs. Avec une durée trop courte, on s'expose à reperdre ensuite le terrain gagné. Avec une technique insuffisante, on n'a que des résultats médiocres, qui ne peuvent donner une idée juste des succès qu'une bonne technique doit fournir.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

L'abus des régimes.

La mode est aux régimes : régime végétarien, régime déchloruré, régime antidiabétique, régime du Dr Combes, etc., etc. Qui ne suit pas son petit régime ?

L'inspection rapide d'une salle de restaurant ou d'une table d'hôte, est très suggestive à ce point de vue. L'un ne boit que de l'eau, l'autre ne mange que des purées et des pâtes ; un troisième ne prend que du beurre frais « non cuisiné » avec ses aliments chauds, s'abstient de fruits crus, de légumes verts, de salades et de fromages fermentés ; un quatrième prend six jaunes d'œufs crus avant son repas et se sature de viandes saignantes ou de cervelles et de ris de veau, et ainsi de suite. Certes, nous ne voulons pas médire de tous les régimes, mais, sincèrement, tous ces maniaques assoiffés de régime en ont-ils bien réellement besoin et n'aggravent-ils pas bien plus leur état par leur exclusivisme que s'ils prenaient le régime commun avec modération et hygiène ? Nombreuses sont les victimes des régimes exclusifs et abracadabrants que l'on voit prescrire aujourd'hui ; nous en avons vu pour notre part, de lamentables exemples et, comme le disait spirituellement, dans un récent numéro du *Concours* notre ami le Dr A. Gassot, pour rétablir en quelques jours un diabétique affaibli et miné par la rigueur du régime, il n'y a bien souvent qu'à lui faire supprimer purement et simplement tout régime. Nous allons essayer, aujourd'hui, de convaincre les partisans trop entichés des régimes sévères, qu'ils feraient sagement d'en rabattre.

I

Trop de théorie, trop de chimie.

Dans la confection des régimes alimentaires, il semble n'y avoir place que pour les théories et les analyses de MM. les chimistes. Oubliant qu'ils ont à agir sur des organismes en *évolution permanente*, influencés par une multitude de causes externes et internes dont une grande partie nous est totalement inconnue, les médecins physiciens et chimistes veulent tirer des conclusions quasi mathématiques des expériences et des analyses qu'ils ont exécutées dans leur *laboratoire*. Voulant, par exemple, dresser une sorte de catalogue des aliments utiles et des aliments nuisibles, ils confient ces aliments à la cornue ou au creuset, aux acides et aux réactifs, aux densimètres et aux balances, et nous disent : tel aliment vous paraît très agréable au goût et à l'odorat, eh bien ! défiez-vous-en ; c'est très mauvais pour votre organisme, parce que cet aliment contient telle et telle substance en proportion exagérée, trop d'acides, ou trop de chlorures, ou trop de sels de potasse, etc. Voilà un aliment qui, tout à coup, tombe dans le discrédit le plus complet des hygiénistes, puis peu à peu dans l'esprit du public. Vite, il est supprimé des menus culinaires ; mais comme beaucoup s'aperçoivent que les prétendus méfaits exercés par cet aliment continuent à se manifester sur des générations qui sont absolument vierges de tout contact avec le susdit aliment, quelques gourmets incorrigibles se demandent pourquoi se priver des charmes gustatifs et olfactifs du pauvre excommunié. Timidement, quelque chimiste se hasarde à vérifier les recherches de ses prédécesseurs et recommencer les analyses, Gourmets, tressaillez d'aise ! Voilà que la chimie perfectionnée de nos jours découvre des erreurs et des exagérations dans les chiffres classiques (cela arrive de temps en temps, n'en

doutez pas) ; l'aliment maudit est réhabilité avec honneur et désormais on ne lui trouve plus que des qualités et presque plus de défauts.

« Mangez-en, proclament les auteurs modernes, cela ne fait *plus* de mal ».

Or cette petite histoire paradoxale n'est que l'histoire véridique et simple de la pauvre *tomate*. Est-ce assez suggestif ? « *Ab uno, disce omnes* ; » c'est un peu comme cela pour beaucoup d'aliments, les uns sont vantés et recommandés comme toujours inoffensifs et même nécessaires à la vie, les autres sont frappés du véto des chimistes comme nuisibles et mal adaptés à nos besoins primordiaux, et cela, uniquement, parce que les analyses de laboratoire, de l'exactitude desquelles il est parfois permis de douter, ont révélé la présence de telle substance en excès ou de telle autre en déficit. Quelle prétention est la vôtre. Messieurs les chimistes ! Les résultats que vous donnent des analyses même bien faites sont-ils vraiment à rapprocher des transformations, des réactions et des combinaisons complexes qui se forment dans le tube digestif d'abord, puis dans le sang et dans les éléments anatomiques du corps vivant, par le fait des associations alimentaires d'abord, par le fait des ferments figurés et solubles ensuite, que dis-je, par le fait d'une foule d'éléments contingents qui nous échappent : terrain spécial à l'individu, héréditaire ou autre, qui fait que l'un transforme tout en graisse, l'autre tout en muscles et en globules sanguins, un autre tout en substance ou en influx nerveux, un quatrième ne transforme presque rien et laisse ses organes s'infiltrer d'une rouille d'acide urique ou de sclérose vasculaire, etc., etc. Car, les exemples abondent de sujets nourris dans les mêmes conditions de régime alimentaire (proportions, composition, qualité) et chez qui les résultats sont diamétralement opposés, l'un devenant obèse, l'autre maigre, l'un mou et paresseux, l'autre vigoureux et énergique. « Ah ! mais, s'écrie-t-on, c'est le fait du tempérament. » D'accord ; c'est précisément ce faisceau de causes individuelles absolument insaisissables pour le chimiste, qui réduit à néant presque toutes les affirmations théoriques de la chimie.

N'a-t-on pas essayé d'établir par la chimie une sorte de critérium mathématique de la ration alimentaire d'azote, de carbone, d'hydrogène et d'oxygène indispensable à la vie humaine et n'en a-t-on pas déduit une sorte de régime alimentaire type composé de viande, légumes, pain, fromage, sucre et boisson pouvant s'adapter à tout être humain pour entretenir la vie ? Quoi de plus théorique et de plus absurde que cette utopie ! Ah ! il ne manquerait plus que les chimistes, à l'exemple de Berthelot, vinssent un jour nous proposer de préparer des comprimés ou des paquets scientifiquement composés des *principes immédiats* calculés dans leurs laboratoires ! En admettant, ce qui est fort contestable, que l'humanité pût subsister avec un tel régime, se serait sûrement la fin de tous les progrès, de toutes les œuvres d'énergie, d'intelligence, de travail enfin, ce serait le régime absolu de l'hypochondrie et de la neurasthénie universelles.

Car ce n'est pas un des moindres inconvénients des régimes alimentaires que d'entretenir chez les malheureux, condamnés à ces régimes, une résignation passive, qui est souvent une cause aggravante de l'hypochondrie provoquée par la maladie même.

II

Bonne cuisine vaut mieux que savant régime

Le meilleur régime est celui de la bonne cuisine, et par le mot « cuisine » nous n'entendrons évidemment pas « raffinements culinaires », au contraire, l'alimentation qui ne fait pas de mal, c'est l'alimentation saine et simple, mais variée. En matière d'alimentation, l'ennemi c'est « l'exclusivisme » ; au contraire, la variété et non la recherche, non la complexité, triomphe de presque toutes les répugnances et de presque tous les malaises. Brillat-Savarin est, à notre avis, un meilleur conseiller de régimes que nos modernes chimistes trop érudits et trop peu pratiques. Y a-t-il rien qui vous fasse aimer la vie comme un repas frugal bien préparé, bien servi et pris avec modération ? Tout dépend d'abord de la composition du menu, qui doit être inspirée non par le caprice et la fantaisie, mais par une judicieuse méthode et une sélection raisonnée ; viandes rôties avec légumes herbacés, viandes blanches avec légumes fortifiants, salades artistement combinées, variétés de légumes féculents, phosphatés, ferrugineux, acides, racines, tiges, graines, pâtes, œufs, laitage, condiments avec modération, fruits sains et mûrs, crus ou cuits, etc. Est-il besoin d'ajouter que si la confection du menu est délicate et importante, il est non moins indispensable de modérer son appétit et de ne jamais atteindre la satiété. Un pays qui se targue d'ériger l'hygiène en lois et en règlements, devrait instituer dans ses usages une sanction sévère pour les intempérants et les gloutons, qui sont des récidivistes de l'indigestion.

Si l'on mange avec discernement et modération, on peut sans se faire le moindre mal, goûter à tout ce que la généreuse nature a prodigué pour notre plus grande satisfaction. Tout le mal vient de ce que l'un mange trop de viande, l'autre mange trop de poisson, un troisième trop de légumes, un quatrième trop d'œufs, un autre encore trop de crudités, de salades, de fruits non mûrs, etc. La routine et l'exclusivisme sont toujours mauvais, surtout pour l'alimentation ; Variez les menus, variez la préparation même des aliments.

Soyez comme le dit M. Monteuuis, dans « l'Alimentation et la cuisine naturelles » *Fruitarien* le matin, *carnivore* à midi et *végétarien* le soir.

« A. — *Fruitarien le matin.* — Au réveil, l'organisme est imprégné des matériaux toxiques, dont l'élimination a subi un retard pendant la sommeil. C'est donc le moment, non de manger mais de boire. Or la meilleure façon de boire est d'ingérer des fruits frais et crus, lesquels sont « une véritable eau naturelle vitalisée, à la fois sucrée et alcaline ». Le fruit est, en effet, un aliment de lavage rénal, en même temps qu'un agent d'épuration de l'intestin dont il favorise l'exonération ; enfin par ses sels minéraux alcalins, il neutralise l'hyperacidité humorale des arthritiques. Aux fruits frais, Monteuuis adjoint

généreusement : 1° des fruits secs (raisins secs, amandes....) ; 2° un farineux (pain grillé et beurré ou porridge) ; 3° une tasse de lait coupé avec moitié thé ou café ou mieux infusion de malt.

« B. — *Carnivore mitigé à midi*. — A ce moment de la journée, l'homme a besoin de toute son énergie pour vaquer à ses affaires ; on ne saurait donc, croit Monteuuis, le sevrer de tout aliment, excitant. Aussi, conseille-t-il un plat de viande ou de poisson, avec des pommes de terre, du riz, des légumes frais ou secs ; des œufs, puis une salade, un entremets ; un dessert.

« C. — *Végétarien*. — Au souper, il importe de préparer le repos de la nuit par un menu sédatif et désintoxiquant. Enumérons-le : 1° un potage ; 2° un légume, des pâtes ou des pommes de terre, de la salade, exceptionnellement des œufs ; 3° un entremets ; 4° enfin, un dessert. »

Surveillez toujours avec soin la qualité des aliments et la propreté des ustensiles de cuisine, ainsi que la méticuleuse propreté de la cuisinière.

Les excitants, sel, poivre, condiments, doivent être employés avec modération et seulement par intermittences.

A intervalles plus ou moins réguliers, il est nécessaire de faire une cure de lait ou une cure de maigre pour permettre à l'organisme de se reposer et de se débarrasser de ses toxines et de ses reliquats nuisibles.

Enfin le régime des boissons mérite une sérieuse attention. Faut-il ne boire que de l'eau ? Le vin est-il utile ? La bière est-elle préférable ? Doit-on s'interdire le café ? Certes, le régime exclusif de l'eau n'est pas mauvais, mais il est insuffisamment nutritif et fortifiant ; le vin, toujours coupé d'eau, est évidemment fort utile ; jamais il ne doit être pris pur à jeun, il en est de même du café, mais après les repas, ni le vin, ni le café ne présente d'inconvénients sérieux. La bière n'est pas supérieure au vin ; elle lui est même inférieure au point de vue de son action sur l'intelligence et sur l'humeur ; rien ne vaut le vin pour réjouir le cœur de l'homme ; la gaîté est relativement rare chez les abstinents de vin. Enfin, doit-on maintenir le veto absolu, pour les liqueurs ? Certes, l'alcool est à éviter, mais non pas d'une manière radicale à condition qu'il soit d'une qualité parfaite. Que ceux qui ne peuvent se procurer de bonnes liqueurs, s'en abstiennent toujours, la mauvaise qualité de l'alcool en centuple la nocivité. N'oublions pas, surtout que même de qualité parfaite, l'alcool ne doit pas entrer dans l'estomac à jeun.

Mais, m'objectera-t-on, vous niez l'utilité de tout régime ? Loin de moi pareille absurdité, mais je maintiens que, à part le régime déchloruré qui a fait ses preuves dans l'albuminurie et dans les œdèmes, et qui consiste essentiellement dans la suppression totale du sel dans les aliments, il n'existe aucun régime total dont on ait pu prouver l'utilité scientifiquement. Ne supprimez que ce qui notoirement n'est pas supporté par l'estomac ; prenez de tout avec modération, mais souvenez-vous que plus on s'abstient de certains aliments et plus on augmente sa fragilité pour l'avenir ; plus on se tient à un ordinaire uniforme et sans variété, plus on prive son organisme d'une foule de ressources indispensables. Rien ne vaut pour guérir un malade que mine un régime, rien ne vaut la suppression absolue de tout régime.

Dr Paul HUGUENIN.

FAITS CLINIQUES

L'alimentation dans les plaies tranchantes de la gorge.

La plupart des traités classiques recommandent de nourrir au moyen de la sonde œsophagienne les malades atteints de plaies tranchantes de la gorge : un cas récent m'a prouvé que cette pratique peut être la source de graves dangers.

Une jeune femme atteinte de troubles mentaux s'était sectionné la gorge à l'aide d'un rasoir ; la plaie siégeait dans l'espace compris entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde ; la gorge était sectionnée à ce niveau sur une très grande largeur, et l'on sentait à chaque extrémité de la plaie battre sous le doigt les vaisseaux carotidiens. L'épiglotte, complètement sectionnée à sa base, se trouvait, dans la position relevée de la tête, reportée très loin en haut, tandis que le larynx restait seul en bas ; dans cette position la voix était, bien entendu, complètement supprimée, et ne pouvait se produire à nouveau que dans la position fléchie de la tête.

Je fis une simple suture de la peau, comme le conseille notamment le traité de Tillaux ; la malade fut en parfait état jusqu'au lendemain ; elle pouvait facilement, la tête fléchie, avaler une cuillerée à café d'eau. Le lendemain, suivant l'opinion des classiques, je lui passai dans l'estomac une sonde œsophagienne, et lui fis absorber un grand verre de lait. Le passage de la sonde fut assez facile et ne détermina que des spasmes modérés.

Au moment où je retirai la sonde, et même quelques secondes auparavant, la malade pâlit tout à coup, quelques gouttes de sang se montrèrent entre deux points de suture, et quelques secondes plus tard la malade était morte.

Il s'agissait bien certainement d'une hémorrhagie secondaire produite par les quelques spasmes déterminés par la présence de la sonde. Le sang, ne pouvant descendre dans l'œsophage alors occupé par le tube de caoutchouc, s'était écoulé vraisemblablement dans le larynx et avait déterminé la mort en quelques instants.

La mort du malade dans des cas de ce genre n'est pas toujours très regrettable ; il s'agit en effet le plus souvent de malades déséquilibrés, atteints de troubles mentaux, et qui, de ce fait, ne laissent que peu de regrets à leur famille.

Toutefois, en se plaçant uniquement au point de vue de la pratique médicale, il me semble certain que, dans les plaies de la gorge, l'alimentation au moyen de la sonde œsophagienne doit être absolument proscrite pendant la première semaine. Il suffit de se contenter de quelques cuillerées à café d'eau pour tromper la soif, et de donner quelques lavements alimentaires, et au besoin quelques piqûres de sérum physiologique.

Quant à la suture de la plaie, le mieux est encore de réunir la peau, ce qui donnera une cicatrice plus régulière ; en cas d'infection et d'œdème, il serait toujours facile de faire sauter quelques fils. Dans le cas d'hémorrhagie secondaire,

la suture ne favoriserait pas davantage l'écoulement du sang dans le larynx, du moment où l'œsophage est libre.

Le point de pratique le plus important est en tout cas de s'abstenir pendant un certain nombre de jours de toute tentative d'alimentation au moyen de la sonde œsophagienne.

Dr LEMAITRE
(de Gouville).

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'importance primordiale, au point de vue antispasmodique, de l'huile essentielle renfermée dans la racine fraîche de la Valériane.

Par le Dr M. NIGOUL,

Médecin en chef du Dispensaire de la Préfecture de la Seine.

Quand on étudie de près les remèdes qui composent la thérapeutique moderne, on en retient un certain nombre dont les propriétés cliniques indiscutables ont cependant le grave défaut de se manifester d'une manière inconstante.

Tels sont par exemple la digitale, l'hydrastis, la valériane. Cet inconvénient, dont l'importance est en raison directe de l'importance même du remède, tient à sa constitution chimique, c'est-à-dire à sa variabilité en principes actifs.

D'une façon générale, en effet, l'énergie médicamenteuse des plantes médicinales est subordonnée à un grand nombre de circonstances. L'âge de la plante, son degré de maturité, l'exposition, l'altitude, la richesse du terrain où elle pousse, la saison de la récolte, etc..., ont leur répercussion directe sur sa valeur thérapeutique. Et même si l'on admet que la plante fraîche a été cueillie dans les meilleures conditions, a été préparée de la façon la plus méthodique, on ne peut encore éviter l'altération ou la décomposition avec le temps, de ses substances actives. Les teintures, les extraits, les poudres, etc., n'ont plus alors qu'un pouvoir incertain.

Les Pharmacologues connaissent bien ces faits et ils ont cherché à y remédier en utilisant dans la pratique les combinaisons chimiques de ces principes actifs préalablement isolés.

En ce qui concerne la valériane, nous avons donc assisté à la naissance d'un grand nombre de composés organiques et minéraux. Mais, tandis que ceux-ci restaient encore inconstants dans leur activité thérapeutique, les composés organiques, plus actifs peut-être, et plus sûrs, empruntaient aux radicaux organiques de leur constitution, bien plus qu'à la valériane elle-même, une grande partie de leur énergie. Et si dans le premier cas, le valérianate d'ammoniaque se montrait inférieur à la racine fraîche, on obtenait, dans le second cas, des résultats qui n'étaient pas dus en entier à la médication valérianique.

Et cependant les chimistes pour constituer leurs formules faisaient appel aux principes actifs de la racine même ; mais ils partaient de cette idée que ces principes actifs étaient représentés avant tout par l'Acide valérianique. Or cette conception est en partie erronée car si l'Acide valérianique entre dans la constitution chimique de la racine de valériane, il n'est pas le seul agent de cette constitution. A côté de lui, en effet, se trouve une *huile éthérée*, longtemps négligée par les auteurs, et qui cependant, d'après les recherches récentes, représente bien plus que le seul acide valérianique, le principe essentiel de l'activité de la plante. Cette huile éthérée est constituée par la combinaison de l'acide valérianique avec le camphre de Bornéo. C'est, au point de vue chimique l'Isovalérianate de bornéol.

Déjà, en 1893, Joseph MULLER dans sa *Pharmacologie* (1), attirait l'attention sur cette constitution exacte de la racine de valériane, et il insistait sur l'action qui revient au camphre de Bornéo dans son pouvoir antispasmodique total.

En France, RABUTEAU était encore plus affirmatif. Il expliquait que l'acide valérianique et ses sels sont dépourvus de toute activité antispasmodique et que l'action du remède doit être attribuée à son huile essentielle.

POUCHET et CHEVALIER ont confirmé (2) cette dernière opinion. Ils ont montré que les propriétés pharmacodynamiques de la Valériane sont dues principalement à des éthers du bornéol, éthers en grande partie décomposés dans les préparations galéniques ordinaires.

Ainsi, vouloir établir des formules en partant du seul acide valérianique, c'était donc préparer des corps dont l'action thérapeutique était forcément vouée à une activité inférieure. Il aurait fallu, au contraire, livrer au praticien, pour lui donner un remède puissant, en tout point analogue à la racine fraîche, cet isovalérianate de bornéol lui-même.

Les auteurs allemands utilisent depuis quelque temps déjà ce nouveau corps chimique. Ils l'ont étudié sous le nom plus simple de « *Bornyval* », et, tout en faisant ressortir l'importance scientifique de ces notions nouvelles, ils nous ont donné à son sujet d'utiles renseignements.

L. HIRSCHLAFF (3), C. UIBELEISEN (4), H. ENGELS (5), F. LÉVY (6), GUTTMANN, de Vienne) (7), S. BOSS, de Strasbourg (8), ont relaté un grand nombre d'observations de nervosisme, d'hystéricisme, de neurasthénie, de névrose cardiaque dans lesquelles le Bornyval s'est distingué des préparations valérianiques ordinaires par une action antispasmodique supérieure sans symptômes accessoires et ils n'hésitent pas à lui donner leur préférence.

De telles affirmations au sujet d'un agent nouveau de l'importante médication valérianique, méritaient d'être retenues. Elles appelaient un travail clinique de contrôle et nous nous proposons, dans cette étude personnelle, de vérifier en praticien, si, isovalérianate de bornéol ou Bornyval renferme bien toute l'énergie antispasmodique de la racine fraîche de Valériane, s'il la renferme d'une manière constante et enfin s'il est sans danger pour l'organisme humain.

(1) Vienne, 1893.
(2) *Soc. de Thérap.*, fév. nov. 1904.
(3) *Allgem. Med. Central. Zeitg.*, 1903, n° 43.
(4) *Deutsche Praxis*, 1904, n° 3.
(5) *Therap. Monatsh.*, mai 1904.
(6) *Therap. der Gegenw.*
(7) *Journal méd. de Bruxelles*, nos 38 et 40, 1905.
(8) *Medizin Klinik*, n° 7, 1905.

Et d'abord, quelles sont les propriétés physiques et chimiques du Bornyval ? SIEDLER (1), qui les a bien étudiées s'exprime ainsi : « Le Bornyval est l'Isovalérianate de Bornéol. Sa composition répond à la formule :

$$C^{10} H^{17} - O - C^{5} H^{9} O = C^{15} H^{26} O^{3}$$

Sous cette forme il est contenu dans la racine de valériane. C'est un liquide limpide comme l'eau, d'une odeur aromatique rappelant à la fois celle de la valériane et celle du camphre. Sa réaction est neutre ».

Son odeur valérianique est d'autant plus atténuée que, pour faciliter son absorption et lui conserver indéfiniment ses vertus thérapeutiques, il est livré au malade sous la forme de petites capsules de la dimension d'un gros pois et renfermant chacune 0 gr. 25 centigr. de Bornyval. Ainsi l'odeur de la valériane est à peine perceptible et nous pouvons soumettre nos malades à cette médication sans qu'ils en éprouvent de répugnance. Les personnes délicates, même les enfants, absorbent sans difficulté les perles de Bornyval. Voilà déjà de réelles qualités pratiques que le médecin ne manquera pas d'apprécier.

Au point de vue clinique, trois faits importants sont dont à rechercher :

1° Le Bornyval possède-t-il vraiment une action sédative constante ?

2° Son pouvoir est-il égal ou supérieur aux valérianates ordinaires ?

3° Détermine-t-il ou non des phénomènes accessoires et des troubles toxiques ?

La réponse à ces trois questions va nous être fournie par les observations suivantes.

Il n'entre certes pas dans notre pensée de transcrire ici les 21 observations personnelles que nous possédons, car beaucoup se ressemblent ; nous désirons seulement attirer l'attention sur les faits suivants qui nous paraissent intéressants.

OBS. I. — *Tic convulsif de la face. Phénomènes hystériques.*

Il s'agit d'un garçon de 12 ans, atteint depuis sa première enfance de mouvements spasmodiques consistant en clignements rapides des yeux avec contractions des muscles releveurs de l'aile du nez, propulsion en avant de la lèvre supérieure et abaissement simultané du maxillaire inférieur.

Ces mouvements spasmodiques se répètent toutes les 2 ou 3 minutes, et deviennent ininterrompus quand l'enfant est excité par le jeu ou certains travaux intellectuels. La surveillance maternelle, pourtant redoutée, ne parvient pas à les diminuer. L'enfant est en outre sujet à de violents accès de colère. Le sommeil est entrecoupé de rêves pénibles et de mouvements convulsifs rapides et généralisés.

Ce malade a de l'idiosyncrasie pour les bromures, qui déterminent chez lui des vomissements pénibles et de véritables accès convulsifs. Il prend donc, par intervalles réguliers, du valérianate d'ammoniaque et des bains de tilleul en bractées. Cette médication calme momentanément l'état nerveux général.

Nous avons remplacé le valérianate par 2 capsules de Bronyval c'est-à-dire 2 fois 0 gr. 25 centigr. par jour.

Nous les faisons prendre à la fin du repas. Les premières capsules ont déterminé des éructations à odeur camphrée mais qui n'ont pas persisté. Au bout du 4e jour, nous donnions 3 perles de Bornyval et l'enfant a pu être soumis pendant un mois à l'action du remède sans éprouver de troubles gastriques ou généraux.

Au bout d'une semaine environ, l'enfant était plus calme, étudiait mieux. Ses efforts étaient plus soutenus, les nuits étaient presque normales. Déjà les tics de la face diminuaient de nombre, et, à la fin de la 3e semaine ils étaient devenus très rares. Par la suite, ils s'éloignèrent encore davantage et ils ne reparaissaient plus que sous l'influence de l'excitation de certains jeux.

Le traitement fut suspendu et l'amélioration persista pendant 15 jours environ. Le Bornyval fut alors repris et grâce à lui nous avons enfin déterminé un changement manifeste de l'état psychique et somatique de ce malade.

Cette observation nous a prouvé que l'action antispasmodique du Bornyval est sensiblement plus nette, plus prolongée que celle du valérianate d'ammoniaque, précédemment employé.

OBS. II. — *Etat mental hystérique. Dysménorrhée.*

Chez une jeune fille de 19 ans, il existait, sans attaques d'hystérie des troubles psychiques attribuables à cette névrose. Cette malade était prise, sans raisons, de véritables accès de rire qui duraient de dix minutes à un quart d'heure. Parfois aussi, sans cause, elle avait des crises de pleurs qui duraient plusieurs heures. Ces alternatives d'excitation et de dépression psychique se renouvelaient fréquemment.

Parfois la mélancolie dominait. La malade refusait de parler pendant des jours entiers et mangeait à peine. Les périodes menstruelles étaient en outre très douloureuses, et parfois aussi il existait un état vertigineux pénible.

Nous avions soumis depuis plusieurs mois cette malade à l'influence d'un bromure organique, mais les résultats étaient peu satisfaisants : l'état nerveux ne se modifiait guère. Il ne pouvait être question d'utiliser les valérianates, car cette jeune fille s'était toujours refusée à en prendre à cause de leur mauvaise odeur.

Trois capsules de Bornyval (0,75 centigr.) par jour ont amené en moins de deux semaines un très réel changement. La malade était plus calme, d'une humeur plus constante et n'avait pas eu de vertiges. La médication fut encore continuée pendant 3 semaines et le nombre de crises s'espaça de plus en plus, l'état mental se modifia entièrement.

Au moment des menstrues, 4 perles de Bornyval amenèrent un soulagement notable, et dans ce cas, comme dans plusieurs autres, il nous a paru que si le médicament n'exerce aucune action phrénatrice sur la contraction utérine, il diminue, surtout quand il est absorbé depuis quelques jours, les douleurs expulsives.

Dans cette observation, nous n'avons pas observé non plus d'action secondaire, ni sur l'estomac ni sur l'état général. Cette malade utilise encore le Bornyval pendant 15 jours chaque mois et l'amélioration de l'état psychique s'est maintenu.

OBS. III.

Dans un autre cas intéressant, il s'agissait d'un homme de 29 ans atteint de troubles névritiques extrêmement douloureux du plexus brachial. Cet homme avait subi dans cette région un violent traumatisme accidentel pendant qu'il travaillait. Quatre perles de Bornyval par jour ont amené en 48 heures un soulagement appréciable qui s'est encore accentué par la suite. Au bout d'une dizaine de jours, ce malade n'accusait plus de troubles sensitifs. En réalité, il s'agissait là d'un cas d'hystéro-traumatisme que l'expertise médico-légale a pu déceler. Il n'y a pas eu de phénomènes accessoires.

OBS. IV. — *Polyurie nerveuse. Diabète insipide.*

Un enfant de 9 ans, fils d'alcoolique, avait été pris, à la suite de scènes violentes dont il avait été le témoin, d'une polyurie abondante surtout diurne. Cet enfant urinait jusqu'à 5 et 6 litres par 24 heures et avait une polydipsie accusée. La nuit, les mictions étaient moins fréquentes, mais il était encore tourmenté par une soif impérieuse.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

En même temps qu'un traitement tonique et reconstituant, nous avons d'abord donné deux perles puis trois perles de Bornyval et très rapidement, au 4e jour, il y eut une diminution nette de la polyurie. Au 12e jour, cet enfant était considéré comme guéri : il urinait 1500 grammes environ par 24 heures et n'avait plus de polydipsie. Le traitement a été constitué pendant 2 semaines encore

(1) *Pharmac. Zeitung*, 1905, nos 76, p. 772 et 773.

à raison de 2 perles (0 gr. 50 centigr., par jour à la fin des repas, et l'amélioration s'est parfaitement maintenue. Pas de troubles gastriques, pas de phénomènes d'intolérance.

OBS. V. — *Insomnie et palpitations cardiaques d'origine nerveuse.*

Chez une femme de 29 ans, neurasthénique, il existait de nombreux accès de palpitation cardiaque. Depuis longtemps, déjà à la moindre émotion (le bruit d'une porte qu'on ferme brusquement, une lecture dramatique ou sentimentale), elle était prise de violents accès de palpitations et de plus en plus prolongés. Maintenant ces accès avaient lieu spontanément sans cause appréciable. La malade avait en outre de l'insomnie, et la nuit, il survenait encore des accès de palpitations avec une réelle oppression respiratoire.

A l'auscultation, rien d'anormal. Ces symptômes devaient être mis sur le compte d'un état neurasthénique certain avec faiblesse générale prononcée.

Le bromure fut d'abord employé avec des résultats suffisants, mais il détermina bientôt des éruptions et des troubles gastriques. La malade prit alors du valérianate d'Ammoniaque, mai s d'une façon très irrégulière à cause de sa mauvaise odeur et n'en éprouva pas de soulagement.

Pour habituer l'estomac au Bornyval, nous avons commencé le traitement par 2 perles seulement pendant deux jours, et enfin nous avons ordonné 4 perles c'est-à-dire 1 gr. de substance active.

Au bout de 5 jours, il y avait déjà une amélioration notable, les accès de palpitation diminuaient de fréquence et surtout de durée. Puis le sommeil ne tarda pas à revenir et il n'y eut plus de palpitations nocturnes. En 15 jours, l'état cardiaque était normal, et la malade revenue à 3 perles par 24 heures, a cessé la médication au bout de 4 semaines sans en avoir été incommodée.

Les premières doses cependant avaient produit des éructations camphrées, mais elles ne reparurent pas ensuite et le remède ne présenta pas d'autres inconvénients.

Nous possédons encore 16 observations cliniques sur l'action du Bornyval en pathologie interne. Nous l'avons observé 5 fois sur des états névropathiques accompagnés de douleurs et d'insomnie (neurasthénie, névralgies erratiques, gastralgie, surexcitation psychique due aux préoccupations). Deux fois encore il a été efficace contre des symptômes d'hystérie vulgaire. Dans un cas de vertige nerveux et deux cas de prurit essentiel, dans deux cas de diabète sucré avec forte polyurie le Bornyval a diminué ces troubles fonctionnels. Mais il ne paraît pas avoir d'action sérieuse sur la quantité de sucre éliminé. Dans un cas d'érections douloureuses dues à la blennorragie aiguë, 4 perles de Bornyval *pro die*, nous ont donné de bons résultats.

Dans un cas de débilité générale avec troubles névralgiques et faiblesse du pouls, ce remède a nettement diminué l'excitabilité nerveuse et il nous a paru relever momentanément la force des contractions cardiaques. Enfin chez deux enfants l'un de 6 ans et l'autre de 9, les perles de Bornyval ont arrêté, chez l'un, la manifestation de spasmes convulsifs et chez l'autre ont éloigné des accès fréquents de terreur nocturnes. Chez ce dernier une alimentation plus rationnelle, l'absence de tout met excitant, et des prescriptions hygiéniques rigoureuses, jointes à l'action du remède, ont réussi à espacer nettement les accès qui se reproduisaient au début tous les 4 ou 5 jours, et enfin à les faire disparaître.

*
* *

De cet ensemble de faits cliniques il résulte deux sortes de constatations. Ce sont en premier lieu, des points instructifs de comparaison entre les effets de l'isovalérianate de bornéol ou Bornyval, et les résultats habituellement fournis par les autres préparations de valériane. Et ce sont en second lieu, des constatations générales sur les indications cliniques de la médication valérianique.

Et d'abord, un fait important domine toute l'action thérapeutique du Bornyval : *c'est la constance de ses effets.* Sur l'ensemble de nos observations nous n'avons pu constater une fois cette inégalité d'action, cette absence de résultats parfois observée avec les valérianates ordinaires. Il ne s'agissait donc pas avec ces derniers remèdes, d'un état physiologique particulier à tel ou tel individu qui le rendait réfractaire à l'action de la valériane, créant ainsi une sorte d'idiosyncrasie à rebours. Il s'agissait uniquement d'une inégalité d'action du médicament, il s'agissait d'une réelle inconstance thérapeutique. Ce qui le prouve en effet, c'est que dans tous les cas où nous avons utilisé le Bornyval, celui-ci a toujours donné des résultats appréciables, parce que son énergie médicamenteuse n'avait pas varié. Il est bien entendu que pour ces sortes d'interprétations, il faut s'en tenir aux affections névropathiques susceptibles d'être traitées par les valérianiques, et ne pas rechercher, par exemple, des résultats certains ou définitifs sur les troubles nerveux déterminés par des lésions org aniques contre lesquelles un antispasmodique ne saurait avoir de prise. Mais dans tous les cas de nervosisme et de troubles fonctionnels pouvant se rapporter à un affaiblissement de la puissance nerveuse ou du pouvoir régulateur général du système nerveux, le Bornyval s'est montré un antispasmosdique d'efficacité sûre, constante, et ce fait déjà est digne de retenir toute notre attention...

Au point de vue de son pouvoir antispasmodique, l'isovalérianate de Bornéol nous a paru, comme aux auteurs allemands, nettement plus actif que les préparations issues de l'acide valérianique. Nous l'avons comparé chez le même sujet avec le valérianate de zinc, avec le valérianate d'Ammoniaque, et les résultats ont été de nature à proclamer l'action plus énergique du Bornyval.

Relisons nos observations I et II. — L'état névropathique de ces malades avait une réelle gravité et cependant nous sommes parvenus rapidement à nous en rendre maîtres : les tics spasmodiques de la face ont disparu et cet état psychique anormal s'est amendé. Dans l'observation V le Bornyval a eu encore des effets énergiques et bien que dans ce cas nous ne puissions nettement le comparer au valérianate ou au bromure insuffisamment employés, il n'en est pas moins vrai que seul parmi ces trois remèdes, il a eu des effets curateurs.

D'une façon générale, voici ce que l'on observe avec l'emploi du Bornyval.

Le système nerveux se tonifie, il perd son hyperexcitabilité morbide. Les impressions périphériques sont moins vives ; elles frappent d'une manière moins aiguë les centres nerveux, le malade est plus calme et l'équilibre fonctionnel de tous les organes se rétablit rapidement.

En même temps, les phénomènes douloureux les manifestations spasmodiques, les troubles psychiques des névroses s'atténuent nettement, et

l'on peut ainsi se rendre compte de la puissance thérapeutique de l'isovalérianate de Bornéol. On obtient ces résultats en utilisant d'une façon continue la dose de 0 gr. 75 centigr. par jour en moyenne.

Pour préciser davantage l'action de ce remède nous pouvons indiquer comme susceptible d'être améliorées d'une façon presque spécifique par le Bornyval les affections suivantes : d'abord les phénomènes hystériques ou hystériformes qui ne tardent pas à s'amender avec une dose journalière de 3 à 4 capsules, puis les névroses cardiaques *sine materia*, les troubles névralgiques et gastralgiques des neurasthéniques, l'insomnie névropathique, la polyurie nerveuse, le prurit essentiel et certaines formes de dysménorrhée sans lésions organiques. Mais dans ces cas, comme dans tous ceux qui se rapportent de loin ou de près à une sensibilité exagérée des éléments nerveux, il importe de reconnaître que, pour obtenir le maximum d'effets, il faut soumettre l'organisme à l'action prolongée du remède ; ce n'est pas en quelques jours que l'on pourra apprécier sérieusement l'action du Bornyval. A ce moment déjà, on constatera de l'amélioration, mais ce sera plus tard, au bout de 2 à 3 semaines environ, que l'action médicamenteuse se montrera telle qu'elle doit être, c'est-à-dire complète et comme définitive. Il faut à ce point de vue, ne pas tenir compte de l'opinion du malade, qui se sentant mieux au bout de 5 à 6 jours en moyenne, trouve inutile de continuer encore le traitement. Dans les états névropathiques il faut, en effet, ordonner le Bornyval pendant 20 à 25 jours consécutifs, puis reposer le malade pendant une semaine, si les effets que l'on veut atteindre sont obtenus. On reprend ensuite la médication jusqu'à ce qu'une transformation véritable, absolue, soit nettement appréciable. C'est là notre façon de procéder. Nous le répétons ; l'action du Bornyval est plus rapide à se produire, mais dans ces sortes d'affections, il ne s'agit pas de supprimer momentanément et rapidement tel ou tel symptôme, il s'agit de modifier tout un état général psychique et somatique par un traitement de longue haleine.

Ces considérations ne s'appliquent pas d'ailleurs au Bornyval seulement, elles se rapportent bien plus encore aux autres agents de la médication valérianique puisque nous croyons être en droit de reconnaître une activité plus grande, une énergie supérieure à l'isovalérianate de Bornéol au point de vue antispasmodique.

Une autre constatation facile à faire, c'est l'absence de phénomènes accessoires et de toxicité. Dans nos recherches cliniques nous n'avons en effet, constaté parfois qu'un léger désagrément ; c'est l'existence possible au début du traitement de renvois gastriques à odeur camphrée. Tout en reconnaissant que ce phénomène n'est pas constant et que d'habitude il disparaît ensuite, nous conseillons, pour l'atténuer, d'habituer progressivement l'estomac au remède et de le donner au début à faible dose, 2 perles journalières par exemple, et chacune à la fin des deux principaux repas. On arrivera ensuite et rapidement aux doses plus élevées, 3, 4 et même 5 perles, car il ne faut pas oublier que pour offrir un pouvoir antispasmodique, les médicaments de ce nom doivent être absorbés à dose suffisante. En dehors de ce léger désagrément, nous n'avons pas observé de troubles gastro-intestinaux véritables, pas d'éruptions et aucun des symptômes toxiques reconnus à la Valériane par Liebreich-Langgeerdi (1). Les enfants eux-mêmes ne s'en trouvent pas incommodés.

Si nous ajoutons à cela que les perles de Bornyval ont une odeur infiniment moins nette que celle des valérianates, nous serons bien en droit de leur reconnaître des qualités vraiment pratiques.

Nous n'avons pas soumis à ce remède les enfants ayant moins de 5 ans. Ils auraient eu des difficultés pour absorber les capsules. Mais, à partir de cet âge, on doit utiliser le Bornyval à la dose de 0 gr. 05 centigr. par année d'âge, c'est-à-dire, à 5 ans, une perle de 0 gr. 25 centigr. A partir de 7 ans, deux perles convenablement espacées, sont cependant bien supportées, et, à 10 ans elles deviennent une dose nécessaire.

Pour l'adulte, 0 gr. 50 centigr. à 1 gr. 25 sont les doses habituelles.

Cette action constante et la puissance particulière du Bornyval, nous ont permis encore de contrôler nettement les affirmations des cliniciens au sujet du traitement valérianique de l'hystérie et de la neurasthénie.

Dans plusieurs cas d'hystérie en effet, nous avons obtenu avec le Bornyval des effets plus puissants qu'avec les Bromures, ce qui prouve bien la véracité de l'assertion de CHARCOT, reprise par les auteurs ; que la valériane bien plus que le bromure, est la véritable médication des phénomènes hystériques. Dans cette névrose en effet, il existe plutôt de l'ischémie que de la congestion encéphalique, et par conséquent le bromure vaso-constricteur et anémiant cérébral doit céder la place à la Valériane. De même dans la neurasthénie, il existe un état dystrophique des centres, avec, généralement, une insuffisance circulatoire et une ischémie tout au moins transitoire ; et, ici encore, la valériane deviendra le remède de choix.

Si donc le Bromure est le type habituel des sédatifs nervins, il n'en est pas moins vrai que la clinique le différencie nettement des médicaments valérianiques.

En résumé, nous venons affirmer, avec les auteurs allemands, que l'isovalérianate de Bornéol ou Bornyval, représente la forme la plus scientifique de la médication par la valériane, puisqu'il démontre expérimentalement la puissance antispasmodique et la constance thérapeutique de la racine fraîche et intégrale de la valériane.

Si donc, jusqu'à ces derniers temps, on s'était pris à douter des propriétés de ce remède, c'était uniquement parce que la façon dont on le présentait était défectueuse ou erronée dans sa conception chimique ; c'était, en un mot, parce qu'on n'utilisait pas comme dans le Bornyval l'huile essentielle supérieurement active de la racine fraîche. Dès lors, grâce à ce nouveau remède, nous pouvons maintenant compter sur des effets antispasmodiques énergiques et constants, c'est-à-dire sur des résultats thérapeutiques auxquels les valérianates ordinaires ne nous avaient pas accoutumés. L'importance primordiale, au point de vue antispasmodique, de l'huile essentielle renfermée dans la valériane se trouve ainsi cliniquement démontrée.

---

(1) Compendium der trzneiverordnung.

HYGIÈNE SOCIALE

Mesures de prophylaxie générale et du traitement applicables aux soldats de terre et de mer, renvoyés par congé ou par réforme dans leur foyers pour affections pulmonaires.

Par M. le Professeur L. LANDOUZY

Aujourd'hui que la contagiosité domine la conception de la tuberculose, des mesures de Prophylaxie et de Traitement — question de protection publique et de salut des malades — s'imposent vis-à-vis des soldats et des marins, temporairement ou définitivement libérés pour cause de maladie.

Elles s'imposent d'autant plus, qu'avec la loi de deux ans, devient plus intensif le passage de toute la nation par la caserne et que, de ce fait, augmenteront les congés et les réformes pour affections pulmonaires.

L'importance des mesures de Prophylaxie générale et de Traitement, applicables aux soldats renvoyés dans leurs foyers particulièrement pour tuberculose, vient, ces mois derniers, d'être reconnue par l'Allemagne.

Un décret du ministre de la Guerre de Prusse, du 30 Décembre 1906, dont l'exposé des motifs est (1) de « pouvoir, dans l'intérêt de l'individu, « ainsi que dans l'intérêt public, utiliser les résul- « tats constatés pendant les visites faites par les « médecins de l'armée, lors de l'inspection, de « l'incorporation des recrues pour le service mi- « litaire et *lors du renvoi des hommes en congé pré- « maturé* ».

autorise les officiers du service de santé à « dé- « signer *aux autorités de l'Administration civile « chargées de l'application des mesures convenables*, « tous les hommes pour lesquels une intervention « est utile, tant pour la prévention des maladies « que pour le traitement des malades ».

Les communications des officiers du service de santé, réglementées par des dispositions détaillées, font espérer que — c'est toujours l'exposé des motifs qui parle — principalement un grand nombre d'hommes atteints de tuberculose pourront être soumis au traitement en même temps que leur entourage mis en prévention.

Le Décret allemand nous intéresse d'autant plus qu'il répond à des préoccupations dont, il y a plusieurs années déjà, nous montrions l'extrême importance.

Parmi les conclusions et les vœux du Rapport général sur les épidémies de 1900, adoptés par l'Académie de Médecine, il était demandé « de « donner aux militaires, au moment de leur dé- « part en congé ou en réforme, un Bulletin qui, dès « leur arrivée au foyer familial, serait remis au « Maire, pour être transmis au médecin des épidé- « mies de façon à ce que des mesures de prophy- « laxie et de désinfection puissent s'ensuivre ».

Combien, par ce moyen, disait le rapporteur, seront empêchées d'épidémies d'angines, de dysenterie, de fièvre typhoïdé ; combien seront empêchées d'endémies tuberculeuses ! (1).

Les préoccupations que nous avions d'éviter que les poitrinaires, rentrant au pays natal, ne devinssent l'occasion d'endémies tuberculeuses, ces préoccupations ne pouvaient nous amener plus loin qu'aux vœux formulés par l'Académie de Médecine, puisque nous étions encore à la veille du vote de la loi sur la santé publique.

La loi votée, il semblait qu'une de ses premières applications de prophylaxie générale viserait cette *amenée* d'endémies tuberculeuses campagnardes par le retour au village de maintes de ces tuberculoses, que nous savons éclore plus souvent que naître à la caserne, à la faveur des causes occasionnelles que l'on connaît.

Aucun effort n'a été fait dans ce sens.

Cependant, en 1905, à la suite de l'enquête menée par mon collègue à la présidence de la 4e section du Congrès international de la tuberculose de Paris, le sénateur Paul Strauss, et par moi sur l'état *de la tuberculose dans les petites villes, bourgades et communes de France, de Corse et d'Algérie, échappant à la statistique officielle*, nous établissions que, sauf rares exceptions, la tuberculose, «gagnait effroyablement les villages ».

Cette conclusion s'imposait après dépouillement que nous fîmes, mon collègue (2) J. Weill-Mantou et moi, des 1.054 lettres reçues en réponse aux 9.900 circulaires expédiées.

L'analyse de ces 1.054 réponses, véritables cahiers généraux de la tuberculose, permit de faire ressortir l'opinion exprimée par nos correspondants, que la principale cause des endémies tuberculeuses des campagnes, c'est le retour au foyer natal du soldat envoyé, sans autre forme de procès en congé temporaire ou définitif, des domestiques et des ouvriers revenant en invalidité tuberculeuse des villes infectées.

« Nous savons, écrivaient tels de nos correspondants, le jour de l'entrée de la tuberculose dans nos villages, où, de mémoire d'homme, elle n'avait pas paru. Nous savons quand et comment elle fut apportée par un des enfants du pays réformé, exactement comme, en d'autres de nos villages, nous avions vu apporter la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra, par des soldats et des marins envoyés en convalescence. »

« L'étonnant, ajoutaient certains de nos confrères des campagnes, c'est que les endémies tuberculeuses ne soient pires encore. Quand, au logis du paysan, la tuberculose élit domicile, comment l'infection qui en dérive pourrait-elle s'é-

---

(1) Communication au dernier Congrès de l'alliance d'hygiène sociale (Lyon 1907.)

« Tuberculosis ». *Bulletin mensuel de l'Association internationale contre la tuberculose*, Avril 1907, vol. VI, n° 4.

(1) Conclusions et vœu du Rapport général à M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, sur les Epidémies en France et aux colonies en 1900, fait au nom de la Commission permanente des épidémies L. Landouzy, rapporteur. *Bulletin de l'Academie*, novembre 1901. et *La Presse médicale*, n° 95, mercredi 27 novembre 1901.

(2) L. LANDOUZY et J. WEILL-MANTOU. — « L'état de la tuberculose, dans les petites villes, bourgades et communes de France, de Corse et d'Algérie ». *Congrès international de la tuberculose*, tenu à Paris, octobre 1905, t. II, p. 454.

teindre ? Aucune mesure prophylactique n'est prise; d'autant que la désinfection serait-elle installée au village le mode de construction des maisons, sans carrelages et sans planchers, rendrait la désinfection souvent illusoire. »

C'est précisément, parce que, en vertu de toutes les raisons que l'on sait : insalubrité des logis ; insouciance, ignorance et préjugés des paysans ; c'est précisément, parce que nous savons que les endémies tuberculeuses font, toutes proportions gardées, plus de ravages dans les campagnes que dans les villes, que nous demandions, il y a deux ans, J. Weill-Mantou et moi, que, « *avant tous les tempéraments de forme que comportent pareilles informations*, l'autorité militaire, par mesure d'hygiène concernant aussi bien le malade que la Commune, avisât le maire (officier de police sanitaire de par la loi de 1902) du renvoi dans leurs foyers des soldats et des marins tuberculeux réformés. »

Nous considérions cet avertissement sanitaire comme un des moyens — moyen d'éducation individuelle, familiale et publique, autant que moyen de protection — propres à diminuer, pour une part, la progression au village de l'endémie tuberculeuse qui, de tous côtés, nous était signalée « effrayante, décourageante. »

Comme nous, l'Allemagne voit, dans les communications faites par le service de santé de l'armée à l'administration sanitaire civile, un moyen efficace d'intervenir, tant dans l'intérêt public, que dans l'intérêt des invalides tuberculeux.

Mettant sa pratique en accord avec sa doctrine, l'Allemagne prend des mesures dont, depuis plusieurs années, nous proclamons l'indispensabilité.

Le décret rendu chez nos voisins nous est une nouvelle occasion de réclamer de nos Ministères de la Guerre et de la Marine, l'application de Mesures de Traitement et de Prophylaxie générale, qui n'intéressent pas seulement l'invalidité de nos soldats, mais la vitalité des populations rurales autant que la vigueur de la race.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La généralisation abusive du tarif Dubief

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous communique ci-joint copie de la lettre que je viens de recevoir et qui m'a plongé, non dans l'étonnement, mais dans l'indignation. Ce n'est pas assez d'avoir à se débattre tous les jours avec les Compagnies d'assurances et leurs agents, il faut encore que l'Etat vienne, lui aussi, s'interposer entre nous et nos clients, dans l'espèce, les cantonniers du service des ponts-et-chaussées. Comme vous le voyez par la lettre ci-jointe le ministère des ponts-et-chaussées a décidé que le tarif Dubief de sept. 1905 serait appliqué au paiement des honoraires des médecins appelés, en cas de maladie, par ses cantonniers. Pourquoi dès lors, le ministre de l'instruction publique ne nous appliquera-t-il pas ce tarif pour les Sociétés des instituteurs, pourquoi celui des postes et télégraphes, celui de la justice, celui du commerce, de l'agriculture, etc., ne chercheront-ils pas à nous imposer ce tarif dans nos rapports avec toutes les sociétés, mieux avec tous les syndicats de fonctionnaires, grands et petits, qui dépendent de leur budget ? Et si nous admettons un pareil traitement de faveur pour les sociétés de secours mutuels de fonctionnaires, pourquoi le refuser aux autres Sociétés ? Quelles raisons, au surplus, aurions-nous pour demander plus aux clients qui ne font partie d'aucune société.

Voilà des cantonniers, braves gens sans doute, peu payés, c'est vrai, qui jusqu'ici soldaient les honoraires de leur médecin à la visite, comme d'autres, plus ou moins vite, sans marchander. On leur impose une cotisation pour une Société de secours mutuels, et du même coup, à nous, médecins, on prétend, sans nous consulter, nous imposer le tarif de famine conçu sous la pression des compagnies d'assurances en vue des seuls accidents du travail. Remarquez bien que, dans le cas actuel il s'agit uniquement de maladies, que j'ai été appelé chez ces clients sans savoir s'ils faisaient partie de la Société de secours mutuels des cantonniers ; je l'ai appris quand ils m'ont prié d'envoyer ma note à l'administration, et celle-ci me fait dire ensuite qu'elle me paiera au prix du tarif Dubief. Je trouve le procédé un peu roide, et vraiment, si nous acceptons cette manière d'agir, nos clients habituels n'ont qu'à ne plus se gêner.

Mais nous avons un syndicat. J'avertirai mes confrères, je leur ferai voir que ce qui m'est arrivé aujourd'hui leur arrivera demain, et non seulement pour les cantonniers des ponts et chaussées, mais pour ceux du service vicinal, pour les gardes-champêtres, les instituteurs, les facteurs. Et s'ils ne comprennent pas la nécessité de l'union, la nécessité d'oublier les petites querelles, les petites rancunes individuelles, alors tant pis pour eux ils n'auront qu'à s'en prendre à eux-mêmes de l'ingratitude et de la déconsidération de la profession.

Après tout, est-il légal cet arrêté ministériel qui applique à une Société de secours mutuels de cantonniers des ponts et chaussées, un tarif conçu en vue de fournir aux juges de paix une base d'appréciation dans les conflits entre médecins et ouvriers, à propos d'accidents du travail ? N'y a-t-il pas là un véritable abus, et n'appartient-il pas au « Sou médical » dont je fais partie depuis sa création, de rechercher ces abus, de les dénoncer et d'en poursuivre l'annulation ? C'est là ce que je vous demanderai, mon cher confrère ; et de plus si vous croyez que cette lettre soit bonne à publier je vous prierai de l'insérer dans le *Concours* pour éclairer nos confrères et leur montrer une fois de plus la nécessité de l'union et de la résistance.

Croyez, mon cher et honoré confrère, à mes meilleurs sentiments. Dr B...

G.., 21 sept. 1905.

Monsieur B..., docteur médecin à E..

Monsieur.

Je vous informe que, d'après le tarif ministériel en date du 30 septembre 1905 vous devez fournir une note d'honoraires signée et détaillée en ce qui concerne vos visites et soins donnés aux cantonniers.

..... On m'a retourné vos mémoires à cet effet. D'après le tarif, les visites à domicile pour une localité de moins de 5.000 habitants valent 1 fr. 50 et les consultations 1 fr. Les visites sont majorées d'un tarif kilométrique pour les déplacements effectués.

Il faut donc que les mémoires donnent le détail nécessaire pour justifier les prix portés.

En conséquence je vous prie de me mettre à même de dresser de nouveaux mémoires, basés sur des indications que je trouverai détaillées sur vos notes d'honoraires que vous voudrez bien me renvoyer à bref délai.

Veuillez agréer, monsieur, mes plus sincères et cordiales salutations.

Le sous-ingénieur,
signé : T..

Réponse du Dr B...

E.., le 21 septembre 1907.

Monsieur,

Je vous remercie bien de la complaisance que vous apportez à m'indiquer la manière de rédiger mes mémoires d'honoraires pour soins donnés, en cas de maladie, aux cantonniers....... J'ajouterai que sur mon mémoire il était question d'un nommé X.... de .... dépendant de votre service également, et dont vous ne mentionnez pas le nom. Je n'ai pas été prévenu par ces cantonniers, quand ils m'ont consulté ou appelé, que j'aurais affaire à votre administration pour le paiement de mes honoraires, et c'est pour moi une bien grande surprise de voir qu'au ministère des ponts et chaussées on a décidé d'appliquer à une Société de secours mutuels un tarif conçu *uniquement* en vue de donner aux juges de paix une base d'appréciation dans les cas de contestations d'honoraires entre ouvriers et médecins à propos d'*accidents du travail.*

Je ne me livrerai pas à ce minutieux travail d'établir un mémoire d'honoraires avec évaluation des distances kilométriques entre la limite de ma commune et la mairie de la commune où habite le blessé, pardon, le cantonnier, j'enverrai tout simplement ma note conçue au tarif ordinaire à chacun de ces modestes fonctionnaires ; ils me la paieront, j'espère, comme ils l'ont toujours fait par le passé. S'ils ne paient pas, je prendrai les mesures que je jugerai à propos. Quant à X... puisqu'il est mort indigent, je le laisserai dormir en paix et je ne chicanerai pas votre administration pour des soins qu'après tout elle ne m'a pas demandés.

Veuillez agréer l'assurance de ma très distinguée considération.

Dr B...

Réponse. — Sans hésiter nous avons tenu à publier ces lettres comme l'autre jour, celle du confrère Lemelletier de Carentan. Nous partageons absolument l'avis de M. le Dr B...., sur l'utilité de saisir le « Sou médical » de la question. Il nous parait d'ailleurs certain que l'Union des Syndicats médicaux tiendra aussi à protester dès que seront portés à sa connaissance des abus de ce genre.

REPORTAGE MÉDICAL

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie du* 14 *octobre au* 18 *décembre* 1907. Sous la direction de M. le Professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, professeur de clinique obstétricale à la Faculté, membre de l'Académie de médecine ; Danlos, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien préparateur à la Faculté ; Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de laboratoire de la Faculté ; De Beurmann, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté ; Castex, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté ; Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord, ancien chef de clinique de la Faculté ; Hudelo, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; Morestin, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux ; Gastou, chef de laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté ; Emery, médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; Edmond Fournier, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté ; Milian, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté ; Lacapère, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; Cathelin, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Necker (Clinique des maladies des voies urinaires) ; Paris, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; Sabatié, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; Rostaine, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-neuf leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre de la Clinique. Il commencera le lundi 14 octobre 1907 et finira le mercredi 18 décembre 1907.

Ce cours sera *essentiellement pratique* et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de *malades*, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc), *sera faite devant les élèves.*

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du Cours.

Clinique Tarnier. — Le Dr G. Lepage, agrégé, a repris ses leçons de clinique obstétricale qu'il continuera pendant le mois d'octobre, les mardis et samedis à dix heures du matin.

Faculté et Hôpitaux.

— M. Jolly commencera, le mardi 8 octobre 1907, au laboratoire d'histologie du Collège de France un cours portant sur l'histologie normale et pathologique du sang et sur les maladies du sang.

Il se continuera les mardis, jeudis et samedis à 2 h. et s'accompagnera de démonstrations. Il sera complet en 15 leçons. Le nombre d'élèves étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance au laboratoire d'histologie, à l'annexe du Collège de France, 1, rue des Ecoles.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 41 Dimanche 13 OCTOBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Études, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Juges et parties.

Une jurisprudence trop sympathique aux Compagnies d'assurances. Nécessité de faire intervenir la Cour de Cassation.

Le *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux* du 5 mars 1904 signalait dans un article de tête les manœuvres procédurières qu'employaient les Compagnies d'assurances pour susciter toutes sortes d'ennuis aux médecins choisis par les blessés. Il signalait dans ce même article des faits profondément regrettables, frisant même le scandale. Certaines Compagnies d'assurances, disait-on, choisissent, de préférence, pour avocats les membres du Barreau qui remplissent dans les justices de Paix les fonctions de juges suppléants. Ainsi il peut donc arriver, et il serait arrivé, qu'un avocat rétribué par des Compagnies d'assurances aurait été appelé comme juges suppléants à juger des procès entre blessés et Compagnies d'assurances ou entre médecins et Compagnies relatifs aux indemnités du demi-salaire, ou aux notes d'honoraires médicaux.

On comprend que si cette juridiction est particulièrement agréable aux Compagnies, elle n'a rien pour plaire aux blessés, ni aux médecins, qui à tort, sans doute, s'inquiètent des dangers que peut courir l'impartialité d'un Juge, qui fait partie, d'autre part, du groupe des défenseurs du syndicat des Compagnies d'assurances !

Cet article, en son temps, fit quelque bruit, car un sénateur, grand médecin de Compagnies d'assurances, fit savoir indirectement à l'auteur qu'il allait être poursuivi par les dites Compagnies; que toutefois, lui, sénateur, pourrait empêcher les poursuites si l'auteur de l'article se rétractait. D'autre part, un avocat, juge suppléant, fit aussi savoir toujours à l'auteur de l'article, que lui juge suppléant lui f..... appliquerait son pied au..... coccyx, s'il continuait à s'occuper de ce qui ne le regardait pas !

L'auteur de l'article ne fit pas de rétractation et les poursuites qu'il espérait n'eurent jamais lieu. Il continua même à s'occuper de ce qui se passait dans les justices de paix, et jamais il ne fut victime de.... l'*accident du travail*, dont le Juge suppléant l'avait menacé.

Or, à quatre années d'intervalle, un médecin exerçant dans une région tout opposée, s'étonne, se plaint et s'indigne, lui aussi, de ce que des avocats de Compagnies d'assurances puissent être juges suppléants, juges uniques et souverains dans des procès entre Compagnies d'assurances et blessés.

Il a remarqué lui aussi que ces avocats de Compagnies, juges suppléants, sont parmi ceux qui interprètent d'une manière toute spéciale le tarif Dubief en matière d'honoraires médicaux. Nous nous empressons aussi de reconnaître, qu'il y a aussi quelques autres juges de Paix qui ont trop de sympathie pour les Compagnies d'assurances, et

qui interprètent d'une façon par trop illogique le Tarif Dubief, même dans ce qu'il a de plus clair et de plus simple.

Nous avons reçu d'un autre confrère encore une lettre à ce sujet; nous avons profité de cette occasion pour mettre la question au point, et nous publions ici la lettre et la réponse.

Très honoré Confrère. Je viens d'obtenir gain de cause en justice de paix sur le point suivant : *Prix de la consultation payé en sus du prix de chaque pansement antiseptique* pour un accident du travail, suivant le tarif minimum légal.

Toutefois j'aurais perdu infailliblement, si je ne m'étais pas défendu moi-même (ou si j'avais laissé ma défense au premier encaisseur venu). D'ailleurs, quelques jours avant, j'avais causé incidemment de la chose à un avocat qui m'avait dit : Pour moi, tout pansement ne peut se faire sans une consultation préalable et par conséquent le tarif applicable à ce pansement me paraît pouvoir comprendre implicitement cette consultation même.

En outre, le juge m'a demandé ce que j'entendais par pansement antiseptique complet (au prix du double de la visite), semblant presque mettre en doute que chacun des pansements que j'ai faits ait été tel. Finalement, il a « conseillé » à l'assurance représentant le patron de me solder intégralement, s'appuyant sur ce fait que le patron m'avait accordé tacitement confiance durant tout le cours du traitement (8 jours), mais, bien que nous fussions en séance publique et non plus en conciliation, il n'a pas prononcé de jugement, l'avocat adverse s'inclinant devant l'équité du juge.....

Il me semble que quelques développements sur cette importante question intéresseraient la plupart des lecteurs de votre journal. En attendant, je vous prie d'agréer une fois de plus, avec tous mes remerciements, mes salutations bien confraternelles.

Dr C. A.
(Bouches-du-Rhône.)

Réponse :

Très honoré Confrère,

Certainement nous sommes de l'avis de votre avocat lorsqu'il dit : « Pour moi, tout pansement ne peut se faire sans une consultation préalable.....», c'est qu'en effet le médecin, avant de faire un pansement, examine la plaie, et se demande s'il ne doit pas, par suite de l'état de cette plaie, modifier de quelque manière, soit la nature du pansement, soit le mode de pansement. Il y a là une véritable consultation. C'est surtout cela qui différencie le pansement intelligent fait par le médecin, *de la manœuvre* qu'accomplit un infirmier qui *renouvelle* un pansement.

C'est pour cela aussi que nous ne sommes plus de l'avis de votre avocat lorsqu'il continue : «.... et par conséquent le tarif applicable à ce pansement me paraît devoir comprendre implicitement cette consultation même. »

Nous lui répondons en donnant les conclusions rédigées pour un de nos confrères par notre avocat conseil, Me Gatineau.

Parfois certains juges de paix en accordant ou en refusant le cumul de la consultation et des autres interventions évitent dans leurs attendus de se prononcer sur la question de principe. Afin de les obliger à baser leur jugement sur des considérants juridiques, les conclusions données par Me Gatineau doivent être contenues dans le texte de l'assignation (1). De la sorte, même si le jugement est rendu dans la 1re audience, ce qui peut toujours arriver, le Juge de paix est toujours obligé de se prononcer sur les attendus de l'assignation, car dans le cas où il ne le ferait pas son jugement pourrait être déféré à la cour de cassation pour violation de la loi obligeant les juges à motiver leurs jugements.

Dans les cas où on aurait négligé d'insérer ces conclusions dans l'assignation, et où l'affaire serait renvoyée à une audience ultérieure, le médecin pourra faire signifier ces conclusions à la partie adverse 48 heures avant l'audience, et il remettra à l'audience copie au Juge de Paix des conclusions ainsi signifiées. Si un Juge de Paix refusait de les recevoir ou d'y répondre, nous prions les membres du « Sou » de nous en informer sans retard.

CONCLUSIONS

Pour le Docteur — Demandeur
Contre M. — Défendeur

Plaise au Tribunal,

Attendu que le Docteur est créancier de la somme de pour soins donnés à blessé au service de , que sa note est établie conformément aux dispositions du tarif officiel du 8 octobre 1905 ;

Attendu que sur cette note les pansements antiseptiques sont comptés 6 fr., comprenant :

1° Le prix de la consultation,

2° Une allocation correspondant au prix de 2 visites ou consultations, conformément aux dispositions formelles de l'article du tarif dont s'agit,

Attendu que n'admettre comme le demande X. le patron, qu'une rémunération correspondant au prix de 2 consultations, au lieu de 3, prévues par l'article 10, paragraphe B, constituerait une violation formelle et systématique d'une disposition légale, le tarif officiel du 8 octobre 1905 faisant corps avec la loi de 1898-1905 ;

Qu'en effet, non seulement le texte visé est clair et précis et ne laisse prise à aucune ambiguité, mais que les autres dispositions du tarif viennent confirmer la volonté, formellement exprimée, des auteurs du tarif sur ce point en fixant les cas où il doit y être dérogés.

Attendu qu'en effet, l'article 10 s'exprime ainsi :

« Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit *en sus du prix de la consultation* ou *de la visite*, aux allocations spécifiées ci-après ; » ; qu'en suite dans le paragraphe A, sont énumérées les allocations ne correspondant qu'au prix d'une visite et d'une consultation en sus du prix de celle-ci, et que dans le paragraphe B, relatif aux « allocations comprenant le prix de deux visites ou consultations » figure sous le numéro 7, « *le pansement antiseptique complet*, le pansement hémostatique ou grands bandages compressifs » ;

(1) Ces conclusions doivent être contenues dans le texte de l'assignation donnée par huissier ou signifiées à la partie adverse et déposées au Greffe 24 heures au moins avant l'audience où doit être rendu le jugement.

Qu'il résulte de ce texte précis dont l'application s'impose aux tribunaux, que toutes les fois qu'il y a lieu de faire à un blessé un pansement antiseptique complet, cette opération qui comporte nécessairement l'examen et l'étude préalable de la plaie, avant chaque pansement, donne lieu à l'addition au prix de la consultation, de l'allocation prévue au paragraphe B ;

Attendu qu'en outre le tarif contient d'autres dispositions qui démontrent que, lorsqu'on a voulu faire une exception à la règle générale, édictée dans l'article 10 prévoyant l'addition du prix d'une ou plusieurs consultations au prix de la visite pour les opérations de petite chirurgie, on a pris soin de le bien spécifier dans les 3 cas suivants :

1° Que l'article 3 vise le pansement aseptique simple, ou petit pansement, opération considérée comme de moindre importance que le *pansement antiseptique*, et édicte que : « le prix de la visite ou de la consultation comprend un pansement aseptique simple, ou petit pansement » et que, cependant, comme le pansement aseptique de la première visite ou consultation comporte nécessairement un plus long examen que les pansements consécutifs, le deuxième paragraphe du même article s'exprime ainsi :

« Néanmoins, pour le pansement aseptique fait au cours de la première visite ou consultation, il est alloué un honoraire égal à celui de la visite ou de la consultation, tel que le déterminent les articles 1 et 2 ».

2° Qu'à la fin du paragraphe B de l'article 10, comprenant le pansement antiseptique complet parmi les opérations de petite chirurgie devant être rémunérés par une allocation correspondant au prix de deux visites, en sus de la visite ou consultation, figure la note ci-après : « *Lorsque le « traitement d'une plaie exigera, au cours d'une « même visite ou consultation, plusieurs des opéra- « tions suivantes : ablation d'esquilles, de pointes « osseuses, d'ongles semi-détachés, de parties con- « damnées, ces opérations ne seront pas comptées « distinctement, et il ne sera alloué que l'honoraire « afférent à l'une d'elles* » ; qu'il en résulte que si « la rémunération équivalente au prix de 3 consultations, prévue par ce paragraphe pour le pansement antiseptique n'est pas susceptible de réduction, par suite d'une distinction arbitraire qui serait faite entre la consultation initiale et les suivantes, d'autre part aucune majoration ne peut y être faite, même si à cette opération s'en ajoute une ou plusieurs autres parmi celles spécifiées dans la dite note ;

3° Qu'enfin lorsque le tarif aborde la rémunération à allouer aux médecins spécialistes, dont le médecin traitant aura jugé l'intervention nécessaire, il est spécifié dans l'article 14 paragraphe A, pour les médecins oculistes, que l'examen du blessé *y compris un pansement simple*, est tarifé 3 fr., et dans le paragraphe B, pour les médecins oto-rhino-laryngologistes, que la rémunération pour le même travail médical est de 5 fr. ;

Que, par suite, il est indiscutable que toutes les fois que les rédacteurs du tarif ont voulu déroger au principe qu'en matière d'opérations de petite chirurgie, l'allocation correspondante s'ajoute au prix de la visite ou consultation qui les précèdent, ils l'ont formellement édicté.

Par ces motifs :

Dire et juger que, conformément aux dispositions de l'article 10-B du tarif du 8 octobre 1905 dressé en exécution de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 31 mars 1905, tous les pansements antiseptiqnes faits par le Dr G.... à blessé du travail, doivent être comptés au prix de 3 visites ou consultations soit à la somme de 6 fr., le prix de la consultation étant de 2 fr. à St-E.

En conséquence condamner à payer au Docteur X, la somme de

Et le condamner en tous les dépens ;

Donc toute intervention étant forcément précédée d'un examen médical à la suite duquel *le médecin prend la décision* d'exécuter ou de rejeter une intervention, cette intervention doit lui être payée en dehors du prix de l'examen qu'il fait au cours de la consultation qui précède l'intervention, sauf les trois exceptions signalées par l'art. 3, — l'art. 14 § A et B et par la note du § B de l'art. 10. Du reste à l'appui de cette doctrine nous avons publié :

1° Jug. du tribunal de paix de Rennes, 18 janvier 1907. (*Concours Médical,* 2 juin 1907, n° 22, page 397).

2° Jug. du tribunal de paix, VIIe Arrond. Paris, 5 avril 1907 (*Concours Médical*, 30 juin 1907, n° 26, p. 468).

3° Jug. du trib. paix, XIXe arrond. Paris, 10 avril 1904 (dont le texte sera prochainement publié).

Il semble dès lors, que toute Compagnie d'assurances, tout magistrat ou tout agent qui en décidera autrement ferait preuve soit de mauvaise foi, soit d'incapacité notoire, et une pareille conclusion ou décision devrait être annulée par la Cour de cassation.

Nous nous appuierons pour nous pourvoir en cassation, avec toute chance de réussite, sur la déclaration que M. Gourju, avocat et sénateur du Rhône a faite au Sénat, déclaration publiée à l'*Officiel* du 30 novembre 1904, page 971, lors de la discussion de la loi sur les accidents et dont voici un extrait :

« *M. Gourju.*— Supposez qu'en l'état de l'a- « mendement Piettre-Pédebidou, tel qu'il avait « été voté, un médecin consciencieux, après « avoir fait de nombreuses visites au sinistré « dans des circonstances graves, après avoir, peut- « être, pratiqué sur lui une opération et lui avoir « prodigué des soins tout à fait efficaces, juge « d'après son carnet de visites et l'importance de « l'opération, qu'il lui est dû 250 fr., et les deman- « de.

« Cette somme est inférieure au chiffre de « 300 fr. que la commission fixe comme le taux « du dernier ressort ; par conséquent, le méde- « cin est justiciable du juge de paix, rien que du « juge de paix.

« *Si celui-ci pour une raison quelconque — même « hélas ! peut-être politique — ne considère pas « le médecin comme méritant cette rétribution de « 250 fr.*, demandée cependant en toute cons- « cience et justement, le juge peut déclarer que, « d'après les usages locaux tels qu'il les connaît, « il ne lui est dû que 50 ou 100 frs et voilà le mé- « decin iniquement condamné, sans aucun re- « cours possible. Il ne peut point faire appel, car « il n'a pas demandé plus de 300 fr. il ne peut pas « non plus se pourvoir en cassation, parce qu'il

« est jugé en fait et que la cour de cassation ne « juge que le droit.

« Le médecin est donc condamné définitive« ment sans disposer d'aucun moyen pour se « protéger contre une condamnation inique.

« Supposez, au contraire, que le Conseil d'Etat « codifie le tarif ouvrier et les usages locaux en un « document unique, un tarif par voie de règle« ment d'administration publique ; désormais, ce « règlement, autorisé par vous, fait corps avec la « loi, a la même force légale que celle-ci et ne « peut pas plus être foulé aux pieds par le juge de « paix que la loi ne pourrait l'être elle-même.

« Dans les circonstances que je vous ai fait « entrevoir, si le médecin est condamné par le « juge de paix, sans doute il ne pourra pas faire « appel du jugement rendu en dernier ressort ; « mais il se pourvoiera en cassation, ou pour par« ler un langage plus exact, sous son nom le syn« dicat médical dont il fait partie, se pourvoira « pour faire respecter le principe, et la cour de « cassation cassera la décision du juge de paix, « puisque dorénavant ce ne sera plus un simple « jugement rendu en fait, mais bien un jugement « rendu en droit, car il aura violé un règlement « d'administration publique qui fait corps avec « la loi.

« *C'est pour cela et afin de protéger, non pas seu« lement le public, mais pour le moins autant les « médecins eux-mêmes, pour les défendre contre les « dangers de l'arbitraire que j'avais déposé mon « amendement.*

« Je crois que le corps médical est édifié mainte« tenant sur mes intentions comme sur la véri« table portée de cet amendement.

« Nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'il est essentiel de protéger, plus particulièrement que jamais, dans une matière où c'est l'un qui fait la dépense et l'autre qui la paye, toutes les parties quelles qu'elles soient, depuis la victime de l'accident jusqu'au médecin, en passant par le patron et la compagnie d'assurances, contre LES DANGERS DE L'ARBITRAIRE QUI SONT REDOUTABLES en toute matière, MAIS QUI LE SONT BIEN PLUS QU'AILLEURS DANS L'ADMINISTRATION DE LA JUSTICE (*Très bien ! très bien !*)

Monsieur le rapporteur. — « En ce qui concerne les observations de M. Gourju je n'ai absolument rien à dire. »

*
* *

Je dois ajouter que nos lecteurs et confrères contre lesquels un magistrat aurait pris de pareilles décisions, ne devraient pas les accepter et nous rendraient service en nous les signalant, car nous ne manquerons pas au « *Sou médical* » l'occasion de faire donner une leçon sévère par la cour de cassation au magistrat, qui aurait la fantaisie de violer ainsi la loi.

D'autre part, il est fâcheux que vous n'ayez pas dit au juge de paix que vous vouliez absolument (comme c'était votre droit) qu'il rendît un jugement.

Car voici ce qui se passe avec le système dont use votre juge de paix et cela au grand détriment du corps médical. Les Compagnies essayent de soutenir une interprétation du tarif avantageuse pour elles. Si elles voient que le juge de paix paraît adopter leurs prétentions, elles font rendre alors le jugement qui leur sert plus tard à influencer un autre juge, et à créer ainsi une jurisprudence favorable aux Compagnies. Si elles voient, au contraire, que le juge de paix n'accepte pas leur manière de voir, elles disent « qu'elles s'inclinent devant l'équité du juge, et « qu'elles vont payer. » Ainsi elles n'ont que des jugements favorables à leur doctrine, et comme elles ne laissent pas prononcer les jugements contraires, il n'y a pas de jurisprudence contraire à leur opposer.

Il faut donc toujours demander que le juge de paix prononce son jugement, s'il s'y refusait, vous pourriez vous en faire donner acte, ou mieux dire à l'audience en cas de refus du juge, que vous demandez 300 frs de dommages-intérêts pour retard injustifié du paiement ; dans ce cas il faudra bien ou que la compagnie consente (ce qui est peu probable) à vous payer les 300 fr. de dommages ou qu'il y ait un jugement rendu pour vous débouter de votre demande en dommages.

Dr CH. DIVERNÉRESSE.

LA SEMAINE MEDICALE

Traitement du rhinophyma (acné hypertrophique du nez)

M. le Dr SABOURAUD, de l'hôpital Saint-Louis, a récemment exposé dans la *Clinique* le traitement de l acné hypertrophique du nez, tel qu'il le conseille.

« Il estime tout d'abord que le meilleur traitement est un traitement composite, qui comprend l'application du massage, de topiques soufrés, du galvano-cautère et du scarificateur. Si l'on masse soigneusement un rhinophyma, on reste stupéfait de ce qu'on voit sortir. De chaque orifice sébacé surgit un magma blanc, caséeux, vermiculaire. Et il en sort, de certains orifices surtout, en quantité prodigieuse. Ce massage, qui doit être quotidien, il faut apprendre au malade à le faire lui-même. Il est mieux pratiqué avec une pâte sulfureuse et savonneuse comme il en existe plusieurs en pharmacie ou bien avec la pâte d'un savon de toilette quelconque. Et, naturellement, après le massage on rince parfaitement et on essuie.

« Cette toilette faite, chaque soir on appliquera pour la nuit un topique soufré. On peut employer les pommades mais il vaut mieux user des topiques liquides, dont voici deux modèles :

Liqueur d'Hoffmann........	60 grammes
Soufre précipité............	10 grammes
Eau de roses...............	30 grammes

Appliquer au pinceau après avoir agité la bouteille ou bien :

Sulfure de carbone saturé de soufre.

« Le premier est plus maniable, le second malodorant, cuisant et *très* inflammable, mais plus pénétrant. Voilà des traitements simples et qui journellement pratiqués aideront puissamment

les interventions de petite chirurgie, dont il va être question.

« Ces interventions seront pratiquées *par le fer et par le feu.* Tous les nez hypertrophiques sont congestionnés et variqueux. Le galvano cautère a donc son application ici comme dans toutes les couperoses à vaisseaux visibles.

« On détruit les vaisseaux fins avec des ponctuations successives du galvano-cautère à fine pointe suivant leur trajet. Les grosses veines variqueuses sont détruites de même avec le galvano-cautère à pointe mousse. On fera aisément deux cents pointes en une séance et une séance tous les mois. Quand le patient est pressé on peut même ponctuer à la pointe fine tous les orifices glandulaires un par un. Ainsi, dans le traitement du rhinophyma le rôle du galvano-cautère est considérable.

« Le rôle du scarificateur est plus limité, il doit s'adresser aux éléments papuleux, aux boutons saillants, aux « bubelettes » de Rabelais ; on détruira chacune par une, deux ou trois séries de scarifications linéaires quadrillées, serrées et assez profondes. Un médecin non averti craindrait encore la cicatrice. Mais il ne s'en produit pas du tout. Après chacune des séances de scarifications les tubérosités diminuent, s'affaissent jusqu'à disparaître complètement.

« En réunissant tous ces moyens, on aura vite réduit de moitié la difformité d'un rhinophyma, et par une série d'interventions successives, on pourra la réduire de plus en plus, autant qu'on voudra ». (*in* Journal de Lucas Championnière).

Les galactogènes.

D'après M. Gillet, dans le *Journal des Praticiens*, voici les meilleurs moyens d'activer la sécrétion lactée chez les nourrices :

« Il faut une nourriture abondante, végétarienne en grande partie, des boissons aqueuses abondantes, et au point de vue pharmaceutique: des ferrugineux, des phosphates, des glycérophosphates, de la lécithine. Comme galactogènes proprement dits : la simple infusion d'ortie vulgaire, le galéga en teinture, l'anis à la dose de 10 à 12 cuillerées à café d'infusion de semences à 25 ou 30 %. On peut faire aussi des lotions avec la même solution sur les seins. »

N'oublions pas surtout qu'un des meilleurs moyens consiste dans la succion des mamelons par un enfant suffisamment vigoureux ou au moyen d'un tire lait.

La greffe dentaire.

M. le Dr Nachmias-Gerson a consacré sa thèse à l'intéressante question de la greffe dentaire.

Selon lui, la greffe dentaire paraît excellente et recommandable immédiatement ou dans les premiers mois après son exécution. Mais, tardivement, on constate qu'il faut être moins optimiste.

La réimplantation immédiate d'une dent saine, ou à la suite d'un traumatisme, doit être toujours essayée ; le praticien doit être plus réservé quand il s'agit d'une réimplantation tardive d'une dent sèche ;

L'âge et l'état de santé sont, en effet, la première condition de réussite ;

En outre, cette opération nécessite des soins particuliers assez prolongés et peu faciles aux indigents ;

Quand il ne s'agira pas d'une incisive ou d'une canine, dents plus exposées aux traumatismes de la mastication, la réussite sera plus douteuse ;

Le praticien doit se mettre à couvert des revendications ultérieures en prévenant à l'avance le patient qu'il est impossible de préciser la durée du résultat.

L'ozène trachéal.

D'après M. le Dr Gaston Labayle, dans sa thèse, l'ozène trachéal est une affection qui a un tableau clinique très net, lui appartenant en propre ; c'est donc une entité morbide bien définie et qui mérite une description spéciale :

Le plus souvent consécutif à un ozène nasal, il peut cependant, dans certains cas, se localiser primitivement dans la trachée ; son étiologie paraît sensiblement se rapprocher de celle du coryza atrophique ozéneux ; comme lui, c'est une affection microbienne, survenant sur un terrain déjà préparé ;

Cliniquement, l'ozène trachéal se manifestera surtout par deux signes : fétidité de l'haleine et expectoration de croûtes verdâtres à odeur caractéristique, absolument semblables à celles qu'on rencontre dans les fosses nasales d'un ozéneux ;

Essentiellement chronique, l'ozène trachéal, abandonné à lui-même, n'a aucune tendance à la guérison. Son pronostic, rarement grave, pourtant sérieux, pourra fort heureusement être modifié par un traitement bien appliqué ; l'auteur recommande, comme traitement de choix, les injections intra-trachéales faites sous le contrôle du miroir laryngoscopique. C'est seulement lorsque le traitement aura débarrassé la muqueuse de ses croûtes qu'il faudra songer à la modifier, et pour cela, l'auteur conseille d'abord l'iode, les iodures et surtout une cure dans une station sulfureuse suivie au besoin d'un long séjour au bord de la mer.

Les injections sous-cutanées de sérum marin de Quinton auraient déjà donné quelques succès.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

OTOLOGIE

Comment examiner une oreille ?

Lorsqu'on regarde une oreille directement, en plein jour, on n'aperçoit que la dépression obscure correspondant au méat auditif externe. A part les cas, rares, où le conduit est à la fois très large et court, il est impossible de voir ainsi le tympan ; celui-ci, placé à l'extrémité interne du conduit, demeure aussi invisible que le fond d'une clé creuse.

Avant toute tentative d'examen otoscopique, il est par conséquent nécessaire d'éclairer cette cavité obscure qu'est l'oreille. Quel procédé le praticien doit-il utiliser à cet effet ?

Moyens d'éclairage pour l'otoscopie.

Pour arriver à éclairer le fond du conduit et le tympan, on se sert habituellement, dans la pratique courante, d'un appareil simple, connu sous le nom de « miroir réflecteur frontal ».

Le miroir ou réflecteur frontal est une glace concave, de la largeur d'une grande paume de main, percée à son centre d'un orifice circulaire. La glace est articulée à une plaque frontale au moyen d'une genouillère grâce à laquelle on peut diriger la lumière en tous sens, par de légers mouvements imprimés avec les doigts. L'appareil se fixe sur la tête, soit à l'aide d'un ruban circulaire qui s'enroule comme un cercle autour du front, des tempes et de l'occiput, une boucle le serrant derrière, soit à l'aide d'une bande d'acier (miroir dit en casque ou à ressort) qui s'applique le long de la suture sagittale et vient se terminer par un bourrelet logé au-dessous de l'apophyse occipitale externe. Des deux façons, le miroir est solidement fixé sur la tête. Il éclaire l'oreille tout en laissant libres les deux mains, et, grâce à son mode d'articulation, il se déplace dans tous les sens à volonté.

L'éclairage avec le miroir frontal se pratique de la manière suivante. On place, à droite ou à gauche du patient, à la hauteur de son oreille et sur un plan un peu postérieur, une source lumineuse (lampe à pétrole, bec Auer, etc.). On tourne la surface concave du miroir à la fois du côté de la source lumineuse et de l'oreille à examiner. Les rayons émis par la lampe arrivent sur la glace frontale, d'où ils sont réfléchis vers l'oreille du patient. Avec un peu d'habitude, on parvient à « prendre » la lumière rapidement et du premier coup et à la renvoyer sur la région voulue.

Le miroir frontal est, pour le praticien, l'appareil le plus simple d'éclairage otoscopique. Nous ne signalerons pas, pour ce motif, les autres appareils (miroir électrique de Clar, etc.) destinés au même usage.

Examen de l'oreille proprement dit.

Cela dit sur la question de l'éclairage, comment va se pratiquer l'examen de l'oreille ?

Le malade et le médecin se tiennent — assis, de préférence, — l'un en face de l'autre. Sur une table, à gauche ou à droite, se trouvent posés la lampe servant à l'éclairage et les instruments (spéculums, etc.) dont on peut avoir besoin. Le patient tourne sa tête transversalement, d'un côté ou de l'autre, selon l'oreille à examiner, de façon à présenter son oreille bien de face au médecin. Celui-ci, ayant fixé sur son front le miroir frontal, éclaire l'oreille et explore tout d'abord les parties extérieures de l'organe, ainsi que l'entrée du conduit auditif externe. Puis, il pratique l'otoscopie proprement dite. Il se sert, pour cela, de petits spéculums spéciaux.

Ces spéculums, dont la forme générale est celle d'un tronc de cône à embouchure plus ou moins évasée, sont construits en métal (cuivre nickelé) ou en caoutchouc durci. Les spéculums métalliques offrent l'avantage de pouvoir se stériliser facilement et leur emploi est indiqué dans les cas de suppuration otique. Les instruments en caoutchouc durci, plus doux au contact, peuvent être utilisés s'il n'y a pas de suppuration, dans les catarrhes de l'oreille moyenne, les scléroses, etc. Ces spéculums se font de 3 ou 4 grandeurs, chaque grandeur correspondant à un calibre différent. Il vaut toujours mieux prendre le spéculum le plus grand que l'on puisse faire pénétrer : la vue obtenue est meilleure et les manœuvres otothérapiques sont, dans ce cas, il va sans dire, favorisées.

Le spéculum permet de calibrer le conduit, de faire disparaître les brides, les irrégularités de forme et de direction qu'il présente généralement, et qui gênent l'examen otoscopique.

Quoi qu'il en soit, la lumière du miroir frontal étant convenablement dirigée, on introduit le spéculum dans le méat auditif externe et l'on cherche à le faire pénétrer progressivement et *doucement*, en lui faisant exécuter de légers mouvements de rotation entre les doigts qui le soutiennent. Pour redresser et corriger la coudure assez accentuée du conduit, il convient de saisir la partie supérieure du pavillon de l'oreille entre le pouce et l'index de la main gauche et d'exercer des tractions sur ce pavillon, en haut et en arrière.

Toutes ces manœuvres doivent être faites avec douceur. Le spéculum doit entrer, pour ainsi dire, de lui même. Il n'y a rien à forcer. Si l'on éprouve de la résistance, on doit en rechercher la cause et prendre, s'il y a lieu, un instrument de calibre moindre. La plupart du temps, d'ailleurs, il n'est pas nécessaire de pénétrer très loin. Dès l'instant où l'on aperçoit le tympan ou les cavités de l'oreille moyenne, il devient parfaitement inutile de pousser plus avant l'instrument.

Pendant l'application du spéculum, l'œil découvre successivement les différentes parties du conduit, dont il apprécie l'état, la forme, les altérations pathologiques. Puis bientôt, apparaît le tympan que l'on reconnaît à la présence d'une petite saillie brillante (apophyse externe du marteau), d'où part une ligne également en relief, oblique en bas et en arrière, nommée manche du marteau. Pour éclairer et observer tous les points du conduit et du tympan, il faut — une fois l'instrument en position — déplacer légèrement et dans divers sens, le spéculum.

Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Le Rhumatisme du tissu cellulaire.

Le rhumatisme n'est pas seulement une maladie aiguë ou chronique des articulations.

En dehors de la forme articulaire, on sait qu'il atteint les muscles, les fascias, le périoste, les tendons, le tissu conjonctif, les tissus péri-articulaires, les séreuses, les nerfs et généralement tous les tissus.

Nous passons sous silence, bien entendu, la forme secondaire du rhumatisme.

Parmi les tissus rhumatisés, dans ces formes multiples rhumatoïdes plus ou moins constitutionnelles, on a décrit depuis peu le rhumatisme du tissu cellulaire, forme singulière, à allure passagère, mais le plus souvent chronique, qu'il ne faut pas confondre avec le gonflement péri-articulaire du rhumatisme articulaire aigu, avec l'œdème qui environne le cou-de-pied et envahit

le dos de la main par exemple, dans le rhumatisme articulaire du poignet ou de l'articulation tibio-tarsienne. Nous avons vu de ces formes avec rougeur de la peau, sans fluctuation, tellement accentuées qu'elles faisaient songer à un phlegmon de la région et que nous avons été témoin d'interventions chirurgicales intempestives sans conséquences fâcheuses d'ailleurs.

Nous entendons parler d'une tumeur circonscrite, de toute dimension, mais arrondie, fugace ou de durée prolongée, indéfinie, très rarement rouge, ressemblant plus ou moins à un lipome, douloureuse ou non, et siégeant le long des membres, sur les épaules, à la région sus-épineuse et, loin des articulations pour ainsi dire. On n'observe pas de trace à la pression du doigt, comme dans l'œdème.

Cette forme peut coïncider d'ailleurs avec d'autres manifestations rhumatismales ou rester spéciale au tissu cellulaire, affectant uniquement ce tissu. Elle se rencontre surtout chez les arthritiques.

Nous allons en donner quelques brèves observations.

I. — Madame G..., âgée de 26 ans, est nourrice. A sevré il y a deux mois et n'a pas eu ses règles depuis. Elles apparaissent le 25 juillet 1886 et durent jusqu'au 27. Cette femme n'a jamais été malade.

Le jour de la suppression des règles, elle est prise de malaise avec courbature, fièvre légère, et douleur paraissant siéger dans les masses musculaires du bras gauche.

Au niveau du biceps droit, on constate un gonflement uniforme du bras à la partie antérieure, avec douleur et rougeur. Le gonflement douloureux appartient manifestement à la couche du tissu cellulaire.

Simultanément, on observe des douleurs articulaires légères à la main gauche.

Le 28 avril, les phénomènes du bras droit ont disparu et les symptômes de rhumatisme articulaire subaigu augmentent à la main gauche.

Puis, les jours suivants, les règles réapparaissent, l'état général s'améliore, la guérison complète est obtenue, et au bout d'un mois il ne reste plus qu'un peu d'ankylose de la deuxième articulation de l'index gauche.

II. — Mlle Marguerite C..., âgée de 20 ans, arthritique, est atteinte, en mai 1903, de gonflement douloureux du tissu cellulaire au niveau de la fosse sus-épineuse gauche et au niveau de l'épaule droite. La tuméfaction offre l'aspect et le volume de la moitié d'un œuf de poule coupé selon son grand axe.

Cette manifestation, accompagnée de vagues douleurs générales, dure pendant environ un mois, en s'atténuant. Le gonflement persiste, non douloureux pendant une année, disparaît, puis reparaît, avec les mêmes symptômes pendant quelques années, aux changements de saison.

III. — Mme Louis L..., âgée de 35 ans, hémorroïdaire, gastralgique, migraineuse, est atteinte le 27 mai 1886 de bronchite catarrhale. Vers le dixième jour de sa maladie, elle remarque un gonflement notable et douloureux au niveau des insertions humérales du grand pectoral. Elle pense que cela est venu tout d'un coup, en toussant. Il s'agit bien nettement d'une manifestation rhumatismale du tissu cellulaire.

IV. — Le 1er octobre 1892 nous visitons Mme B. et constatons autour du genou gauche une dizaine de petites tumeurs du volume d'une noix.

Le long de la cuisse gauche, six tumeurs plus volumineuses et quelques-unes autour de l'articulation tibio-tarsienne gauche, du même volume que celle du genou.

Il s'agit bien de rhumatisme du tissu cellulaire chez une femme arthritique, habituellement bien portante, qui n'a jamais eu de crises de rhumatisme articulaire.

Ce rhumatisme peu douloureux, non fébrile, persiste pendant environ deux mois, accompagné de points sciatiques du même côté.

V. — Mme B..., 32 ans, névropathe, présente le 6 février 1893, au niveau des fausses côtes gauches, du bras gauche et des malléoles, de petites tumeurs du volume d'un œuf de pigeon qui paraissent, disparaissent, ne durant quelquefois qu'une journée.

Cette dame, sujette à de fréquentes crises d'hydrorrhée, ressent de vagues douleurs articulaires, en même temps que ces phénomènes du tissu cellulaire.

Le salicylate de soude a paru apporter quelque amélioration à cet état rhumatismal.

VI. — Mme P... 40 ans, rhumatisante, variqueuse, présente le 23 février 1893 des nodosités du tissu cellulaire à la face antérieure de l'avant-bras, à la région postérieure du cou, aux jambes, etc..., douleurs généralisées et vagues, douleurs articulaires, peu de réaction fébrile ; durée un mois.

Amélioration par le salicylate de soude qui agit peu pourtant, en dehors de rhumatisme articulaire aigu.

VII. — Madame P..., rhumatisante, goutteuse depuis quinze ans, présente dans une de ses crises des nodosités du tissu cellulaire du bras et de l'avant-bras droit, au nombre de six et du volume d'une noisette qui ne sont certainement point des dépôts d'urates.

VIII. — Mme L....., 35 ans, pas de maladie antérieure. Pendant les mois de mai et juin 1898 a eu le poignet et l'avant-bras droit gonflé, douloureux, avec veines de la région congestionnées. On sentait comme une corde le long des extenseurs à la région externe de la face postérieure de l'avant-bras, le long des gaines dont la trame celluleuse était infiltrée. Après deux mois il reste un gonflement peu douloureux à la partie interne de la face antérieure du poignet. Masse molle, veinée, du volume d'un demi-œuf à la pression du doigt, ne laisse pas de trace comme dans l'œdème; consistance de lipome ou de goître. Pas de réaction fébrile, pas de retentissement accentué sur l'état général.

IX. — M. S...., arthritique, eczémateux, me consulte le 18 janvier 1900, pour une grosseur lipomateuse au jarret gauche, une sorte d'infiltration graisseuse à la face interne du genou gauche dont les mouvements sont gênés ; a déjà eu de ces grosseurs qui ont disparu seules, comme celles-ci ont disparu d'ailleurs, sans réaction sur la santé générale.

X. — M. R..., 37 ans, maigre. Bonne santé habituelle. Le 25 avril 1899 me fait appeler pour un *gonflement de la verge qui dure quelques* jours, sans qu'on puisse en connaître la cause. L'état général est assez bon, l'appétit est conservé mais il y a un peu de faiblesse. Pas de fièvre.

Le 10 mai ce malade présente un gonflement de toute la face antérieure de l'avant-bras droit, gonflement dur qui ne laisse pas de trace à la pression du doigt, de forme ovale, bien limité, non douloureux. Ce gonflement diminue, reparaît disparaît, augmente. Un gonflement du même genre, dur, fugace, apparaît aux orteils, notamment le gros et surtout à droite et semble nettement siéger dans le tissu cellulaire.

Ces phénomènes s'améliorent par le salicylate de soude. Le 18 mai, tout semble avoir disparu, mais il survient un gonflement du même genre à l'épaule gauche et à la fesse gauche du volume d'un demi-œuf.

Ni fièvre, ni albumine ; langue légèrement blanchâtre. Guérison le 30 mai.

Remarque. — Le rhumatisme du tissu cellulaire se rencontre plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes, surtout chez les enfants issus d'arthritiques.

Nous avons observé des cas nombreux en mars et avril 1904, chez des enfants de un à cinq ans, qui présentaient du gonflement au dos de la main, au cou-de-pied, au cou, au-dessus des clavicules, à la joue. C'étaient des boursouflures blanches, indolores, fugaces, passant d'un endroit à un autre avec très légère réaction fébrile.

Dr Courgey
(d'Ivry).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par la Radioscopie.

Depuis longtemps on sait que la radioscopie peut aider à découvrir dans le poumon les foyers de tuberculose avancée. La valeur du procédé est d'ailleurs appréciable, moins pour établir l'existence de la maladie que pour déterminer sa localisation exacte et son extension, et par suite les progrès ou la régression du mal, si l'on compare deux épreuves fixées par la photographie à quelqu'intervalle l'une de l'autre.

Mais jusqu'à présent les rayons Röntgen ne semblaient devoir rendre aucun service pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Arnsperger, le premier, vient d'affirmer dans ses travaux que la radioscopie permettait de déceler des altérations du parenchyme pulmonaire tout à fait au début de la maladie ; jointe aux anciennes méthodes d'investigation diagnostique celle-ci donnerait une certitude très précoce sur la présence possible du bacille de Koch. (*Münch. med. Wochens.*, janvier 1907.)

L'image radioscopique du poumon sain est constante, beaucoup plus constante que celle fournie par le diagnostic physique. Une altération de cette image permet donc de conclure à la présence d'un processus morbide avec une certitude plus grande que ne le fait une modification dans les signes physiques que donne l'examen d'un poumon normal. D'ailleurs, si l'on met en œuvre toutes ces méthodes d'investigation, et si leurs résultats concordent, la certitude du diagnostic se trouve accrue. La radioscopie ne rend pas les autres méthodes de recherches inutiles ; elle les complète.

L'instrumentation nécessaire à cet examen spécial par les rayons X est la même que celle de toute radioscopie clinique. Cependant il importe surtout d'avoir un bon diaphragme pour l'observation, car afin d'éliminer les rayons secondaires et inutiles, il faut pouvoir, dans la recherche de la tuberculose pulmonaire au début, tantôt rétrécir, tantôt élargir la fente d'observation ; Arnsperger conseille à cet égard le diaphragme irisé. Avec une forte charge et une ampoule de résistance moyenne, il est souvent avantageux d'examiner l'image de loin, car cette manière de procéder permet de saisir mieux de faibles différences de clarté ou de grandeur.

D'autre part, en diminuant l'intensité du courant et en rapprochant l'œil, nous pouvons apercevoir des détails, impossibles à voir avec un éclairage plus intense et une force de pénétration plus grande des rayons.

Les recherches d'Arnsperger ont porté sur des phtisiques à tous les degrés, sur des suspects de tuberculose, sur des hommes sains. En voici le résumé succinct.

Les auteurs anglais, dit-il, prétendent que le premier symptôme d'une tuberculose pulmonaire au début consiste en une diminution de l'excursion diaphragmatique du côté atteint ; celle-ci serait déjà appréciable, alors que ni l'aspect radioscopique du poumon, ni les autres moyens d'investigation clinique ne trahiraient encore de phénomène anormal. Cette extension pulmonaire, limitée serait due soit à des adhérences pleurales soit à une moindre aération du poumon, soit à une diminution de l'élasticité dans la région atteinte ; on pourrait même admettre d'après certaines expériences une lésion du nerf phrénique, consécutive à une pleurésie adhésive.

Mais, d'après les recherches d'Arnsperger, ce symptôme, loin d'être fréquent, se trouve assez rarement ; quand il existe, sa netteté est si grande qu'un bon observateur ne peut le méconnaître. Il se rencontre dans 6 pour 100 des cas de tuberculose au début. A une période plus avancée, il s'observe plus fréquemment, car plus nombreuses deviennent les causes susceptibles de le faire apparaître. Les adhérences pleurales en seraient le facteur le plus important.

Chez presque tous ses sujets, Arnsperger a trouvé des variations dans la clarté et les dimensions des régions pulmonaires du sommet, ainsi que des différences dans les changements de clarté à l'occasion des mouvements respiratoires.

Il faut naturellement apprécier avec beaucoup de prudence les dimensions des régions pulmonaires, car de nombreuses causes peuvent les faire varier ; épaississement de la clavicule et de la première côte, flexion de la colonne vertébrale. Mais quand il y a affection unilatérale d'un sommet pulmonaire, la diminution du sommet malade est si nette qu'elle devient évidente même pour un observateur peu expérimenté ; il en est de même pour le sommet le plus atteint quand la lésion est bilatérale. Dans les cas récents, ces différences de grandeur existent seules ; plus tard il s'y joint des différences de clarté.

Peut-être un poumon malade présente-t-il des dimensions moindres par ce qu'il renferme moins d'air, se trouve moins dilaté, ou même rétracté ?

Si la quantité d'air diminue dans le poumon, si sa rétraction augmente, non seulement son sommet paraît plus petit, mais encore sa zone claire devient uniformément trouble ; c'est là un nouveau signe de tuberculose au début.

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

Nous prenons note de ce que vous nous déclarez sur l'utilité de nos mémoires d'honoraires accidents du travail et vous remercions de cette intéressante communication.

Quant au *vade-mecum* Duchesne, son utilité reste entière, le remaniement de la loi accidents du travail n'est pas en question à l'heure actuelle, contrairement à ce que vous croyez, c'est seulement le tarif ministériel qui doit être modifié. Bien entendu les changements apportés à ce tarif seront publiés dans le Journal.

De même, tous changements qui pourraient plus tard être apportés à la législation des accidents du travail seront religieusement enregistrés par notre organe.

Dr B... à C..., à *Sou médical.* — Une compagnie d'assurance soupçonneuse me fait écrire par son médecin que je veuille bien lui fixer un rendez-vous pour l'examen d'un blessé en traitement par moi. J'ai cru devoir obtempérer au désir formulé par ce confrère. Il me reste à savoir combien je dois tarifer mon dérangement. Il me semble qu'en l'occurrence, je dois laisser de côté le tarif ministériel et réclamer le prix d'une visite faite à heure fixe à une personne aisée.

Réponse. — Vous avez été mis en œuvre par la Cie d'Assurances. C'est donc le tarif ouvrier qui est applicable. Demandez le prix d'une visite en consultation avec un confrère.

Amicale à Dr M. — Vous savez bien que la combinaison B. ne reçoit plus de nouveaux membres ; elle ne subsiste que pour les membres inscrits avant le 17 avril 1904. Elle a dû être supprimée en raison des dangers que pouvait faire courir à la caisse la difficulté de séparer ce qui revenait à la maladie et ce qui revenait simplement à la vieillesse. Les membres de la combinaison A qui n'ont pas passé à la combinaison C cessent de participer, au 31 décembre de l'année dans laquelle ils atteignent 65 ans : ils doivent, bien entendu, pour cela, payer la cotisation de cette année.

Dr D... à St-V. à *Sou médical.* — Auriez-vous la bienveillance de me renseigner sur ce point ? Un de mes clients a un fils qui vient d'être blessé à un éboulement en travaillant

Suite page X.

Parfois ce trouble peut aussi être dû à de légers exsudats pleuraux.

Lorsque nous ordonnons à un malade de faire une inspiration profonde, le trouble, s'il est unilatéral, s'éclaircit peu ; le poumon sain au contraire devient notablement plus clair. Quand les lésions sont bilatérales ce moyen permet facilement d'apprécier la différence quantitative, qui existe entre les deux côtés.

Il n'est pas rare de constater qu'un sommet pulmonaire malade non seulement ne s'éclaircit pas, mais même qu'il devient plus sombre au moment d'une inspiration profonde. Cette zône pulmonaire dont l'élasticité est amoindrie, se trouve en effet comprimée par le reste du poumon, au moment de l'inspiration, et par suite elle devient encore plus sombre.

Tels sont les signes, que la radioscopie nous permet de relever au début d'une tuberculose pulmonaire, ils nous conduisent au diagnostic, ou bien confirment le diagnostic probable que nous avait donné l'examen physique. Naturellement les rayons Röngten sont incapables de nous révéler les premières lésions anatomo-pathologiques que seul le microscope pourrait nous faire découvrir ; celles-ci sont d'ailleurs encore susceptibles de régression spontanée, et elles ne sont pas suffisamment développées pour constituer un symptôme morbide.

Quand la tuberculose atteint un stade de développement plus avancé la radioscopie rend également des services en permettant de déterminer le nombre et l'étendue des foyers. Mais le plus grand intérêt de cette méthode d'exploration existe pour nous à la période du début, car elle nous fixe, dans les cas douteux, sur l'existence ou la non-existence de tubercules. Les rayons Röntgen sont un auxiliaire précieux pour l'examen des malades, qui sollicitent leur admission dans un sanatorium.

Quand doit-on opérer un myome ?

Pour résoudre cette importante question, il faut se rappeler qu'il existe en clinique quatre variétés de myomes :

1º Les myomes sous-séreux ou sous-péritonéaux, qui se développent sur la surface extérieure de l'utérus vers la cavité abdominale.

2º Les interstitiels ou intra-muraux qui se développent dans l'intérieur de la paroi utérine.

3º Les sous-muqueux, qui sont situés sous la muqueuse de l'utérus, et gagnent la cavité de cet organe.

4º Les intraligamentaires qui poussent sur les côtés et s'étendent entre les deux feuillets du ligament large.

On connaît enfin les adénomyomes, décrits pour la première fois par Recklinhausen. Ceux-ci ne se composent pas simplement comme les myomes de faisceaux musculaires et de tissu embryonnaire, mais, répondant à des formations embryonnaires ou post-fœtales, ils comprennent des tissus glandulaire et musculaire.

Cette division des myomes nous permettra au mieux de poser leurs indications opératoires et de comprendre leur symptomatologie. Si leurs manifestations objectives ou subjectives étaient tant soit peu typiques, rien ne serait plus simple que l'exposé de cette question. Mais la diversité du nombre et du siège de ces tumeurs rend leur physionomie obscure et non uniforme ; de plus un myome de volume égal, de siège identique, peut n'incommoder nullement une patiente, alors qu'il en affaiblit une autre dans des proportions considérables, ainsi s'explique un complexus symptomatique, variant depuis un excellent état subjectif jusqu'aux hémorrhagies les plus inquiétantes, aux douleurs les plus vives, aux manifestations générales les plus graves, telles que la dégénérescence du myocarde, les infections septiques, l'hydropisie avec troubles de tout le tractus gastro-intestinal. Cet état de choses exige de la part du médecin une ligne de conduite appropriée à chaque cas pris en particulier.

Les myomes *sous-muqueux* restent exceptionnellement silencieux. Leurs deux symptômes cardinaux sont, indépendamment d'autres troubles locaux et généraux : les hémorrhagies et les douleurs.

Les hémorrhagies peuvent se manifester sous la forme de ménorrhagies (menstruation augmentée), c'est le cas le plus fréquent, ou bien sous la forme de métrorrhagies ou de saignements particulièrement graves avec toutes leurs conséquences pour l'état général (anémie, dégénérescence du cancer, etc.)

Les douleurs manquent parfois totalement, et n'apparaissent qu'au moment où le myome est soit rejeté dans la cavité de l'organe par les contractions utérines, soit expulsé de l'utérus. Elles sont analogues à celles de la dysménorrhée ou de l'accouchement, et peuvent faire atrocement souffrir la malade par leur intensité, leurs redoublements intermittents, leurs irradiations vers l'hypogastre, les hanches, les cuisses, les reins. Parfois ce sont de véritables « douleurs », qui débutent 6 à 8 jours avant la menstruation, diminuent durant la période cataméniale, puis reprennent jusqu'à l'expulsion du myome ; elles peuvent faire poser le diagnostic erroné de coliques intestinales ou rénales.

Des douleurs dysménorrhéiques apparaissant brusquement, alors que jusqu'alors la menstruation avait toujours été normale, devraient toujours faire penser à l'éventualité d'un myome sous-muqueux.

Le diagnostic de cette variété de tumeurs est souvent très difficile, surtout quand ces myomes sont petits, et quand ils sont cachés dans la région du col.

A côté des symptômes énumérés plus haut, nous avons encore pour éclaircir notre diagnostic la dilatation et l'exploration de la cavité utérine. Nous pouvons également pratiquer le cathétérisme et l'abrasion de la muqueuse ; mais ces deux derniers procédés ne sont pas tout à fait inoffensifs en raison des dangers d'infection. Si dans l'abrasion le microscope nous fait voir une endométrite atrophiante, nous saurons que l'abrasion ne sera pas indiquée comme traitement.

A l'heure actuelle tout le monde s'accorde à reconnaître comme rapidement nécessaire l'ablation de tout myome sous-muqueux. L'opération peut, en principe, être conservatrice, tant qu'elle reste praticable par la voie vaginale. Dans le cas contraire, ou bien si l'on craint que des germes myomateux persistent dans la paroi utérine il faut faire une intervention radicale. L'opération par la voie vaginale donne des résultats très satisfaisants si elle est complète, et si elle est suivie du traitement de l'hyperplasie muqueuse.

Le sort d'une patiente non opérée de myome sous-muqueux, est parfois des plus graves. Toujours est il que par un heureux hasard, ce myome peut, comme les autres tumeurs du même genre, s'atrophier à l'âge avancé ; il peut encore par les contractions utérines se pédiculiser, et, le pédicule une fois nécrotisé, être expulsé. Mais, si la mortification se complique d'infection, ce qui est une éventualité très possible, on risque la pyohémie, la septicémie. Quand le myome est éliminé par le pus, et quand l'extirpation pratiquée n'est pas trop tardive, on voit la disparition subite de toutes les manifestations morbides.

Mais parfois aussi le processus infectieux gagne le péritoine par les trompes, le tissu conjonctif du bassin par la musculature de l'utérus, et il se produit une salpingite, une pelvi-péritonite, une paramétrite avec toutes leurs conséquences.

Enfin le myome sous-muqueux se laisse quelquefois envahir par la dégénérescence sarcomateuse ; la patiente dépérit peu à peu, maigrit, prend un teint jaune verdâtre.

En résumé, tous ces faits militent en faveur de l'extirpation précoce des myomes sous-muqueux.

Contrairement à ces derniers, les myomes *sous-séreux* évoluent souvent pendant un long temps sans réveiller de symptômes particuliers. S'ils restent petits, il n'est pas rare qu'ils passent inaperçus. Ici les hémorrhagies profuses sont rares en tous cas elles peuvent être favorablement influencées par une abrasion de la muqueuse.

Suivant le siège du myome, l'utérus se trouve diversement touché dans sa situation et sa forme, des ménorrhagies et de fortes douleurs peuvent apparaître. On observe particulièrement des symptômes vésicaux, de la polyurie, ou même de la rétention d'urine en cas de myome rétro-utérin. La conception est possible malgré des myomes sous-séreux multiples. La grossesse, l'accouchement et les suites de couches peuvent être normaux. Parfois cependant ces myomes déterminent l'avortement, ou bien empêchent complètement la conception.

Leurs dangers pour la patiente augmentent avec leur volume et la fragilité de leur pédicule ; la gravité des symptômes dépend plus tôt du siège que du volume de ces tumeurs, on observe des phénomènes de compression, des torsions du pédicule, des troubles intestinaux ou péritonéaux des hémorrhagies intra-péritonéales, des inflexions de l'utérus, avec toutes leurs complications.

Les indications opératoires varient avec les symptômes et la gravité des manifestations morbides. En principe il faut toujours extirper les myomes sous-séreux, à pédicule mince, même silencieux ; cette opération, presqu'inoffensive, évite une foule de dangers (dégénérescence sarcomateuse, torsion péduculaire, adhérences intestinales, péritonéales, nécrose, ramollissement, etc.)

Les *myomes interstitiels* sont ceux qui donnent les symptômes relativement les moins graves, même en cas de gestation ; toujours est-il que par leur croissance progressive, ils ne tardent pas à devenir sous-muqueux ou sous-séreux.

Ce sont les symptômes cliniques, qui servent à poser les indications opératoires; souvent des myomes gros et multiples restent silencieux, alors que d'autres plus petits deviennent un danger de mort, quand ils subissent une dégénérescence maligne.

Il est cependant deux variétés de myomes, qui réclament une attention spéciale, même s'ils restent silencieux : ce sont les myomes d'un volume très grand, atteignant ou dépassant la grosseur d'une tête humaine, et les myomes d'une croissance rapide.

De très gros myomes, par leur volume seul, et par tout le sang nécessaire à leur nourriture, peuvent affaiblir l'organisme. Il est vraisemblable que l'atrophie brune du myocarde accompagne surtout les gros myomes. Les tumeurs volumineuses subissent d'autre part facilement la dégénérescence de leur substance, phénomène dont les conséquences sont à redouter ; ils causent de plus des troubles de l'état général (dyspnée, amaigrissement, œdème, albuminurie). Il faut donc se hâter de les extirper.

Des myomes qui subissent une croissance rapide au moment de la ménopause doivent également être opérés en principe, en raison des éventualités de ramollissement, d'hémorrhagies, de formations kystiques. Il en est de même en dehors de la ménopause.

Enfin les myomes intraligamentaires sont aussi susceptibles, par suite de leur développement, de réveiller des symptômes, par les pressions ou les tiraillements qu'ils exercent sur les organes voisins, et par toutes les complications qu'ils peuvent occasionner.

En résumé les conditions anatomiques ne nous permettent de poser une indication opératoire de principe que pour les myomes sous-muqueux, pour les myomes sous-séreux avec pédicule mince, pour les myomes dépassant le volume d'une tête humaine, dès qu'ils occasionnent des symptômes, et pour les myomes à croissance rapide.

Quant au reste, l'indication opératoire doit être strictement individuelle. A côté des douleurs, entrent en ligne de compte l'âge, la condition sociale, le degré d'intelligence de la patiente, l'état général, et avant tout l'état du cœur. A ce propos, il convient de dire qu'il n'existe aucun rapport de spécificité entre le myome et la lésion du cœur, mais l'anémie peut amener la dilatation du cœur, et même la dégénérescence cardiaque ; l'atrophie brune du cœur ne s'observe que dans les cas où le myome a déjà considérablement affaibli l'organisme. Donc l'ablation du myome, en faisant disparaître la cause des hémorrhagies, peut arrêter une dilatation anémique du cœur, ou une dégénérescence myocardique. Cependant si l'anémie est prononcée au point que la teneur du sang en hémoglobine soit égale ou inférieure à 30 %, il faut déconseiller toute intervention.

Quand la formation du myome est précoce, le pronostic est moins bon.

Chez des individus jeunes, on se décidera plus rapidement à faire une opération, surtout conservatrice. Dans le voisinage de la ménopause, on pourra temporiser. A cette époque, le pronostic est meilleur pour les tumeurs qui deviennent silencieuses ; il est moins bon pour celles qui occasionnent des troubles (métamorphose régressive, dégénérescence maligne, etc.).

Bien que, dans un grand nombre de cas, le pronostic des myomes soit favorable, il est absolument nécessaire que les malades non opérées res-

tent sous la surveillance médicale, car ces tumeurs constituent pour elles un danger permanent, dont elles doivent être prévenues.

(Dr Weiswange. *Mün. med. Woch* mai 1907.)

THÉRAPEUTIQUE

Un fait remarquable de cicatrisation rapide.

Il y a plusieurs mois, nous avons publié dans ce journal (1) une note personnelle sur les effets de l'oxygène naissant dans la cicatrisation des plaies. Depuis lors, il nous a été donné d'observer plusieurs cas où cette action kératoplastique s'est manifestée d'une façon encore plus saisissante, et il nous semble utile de revenir un instant sur cette question pratique.

Nous avons soigné, en effet, un jeune cultivateur qui portait au tiers inférieur de la cuisse gauche une fistule tuberculeuse. Il s'agissait là, d'une ostéite opérée depuis bientôt 2 ans. Les pansements étaient faits par le malade lui-même, éloigné de toute agglomération.

A l'examen de la plaie, nous ne voyons rien de particulier. Pas de phénomènes inflammatoires sérieux, pas de douleur, pas de suintement sanglant. Il existait une suppuration légère sans odeur manifeste. La profondeur de la fistule atteignait 4 à 5 centimètres et sa largeur moyenne 1/2 centimètre. Pas de séquestre.

C'était là toute l'apparence d'une plaie atone à cicatrisation extrêmement lente, et dont il était nécessaire de réveiller la vitalité.

Nous avons donc eu recours à l'oxygène ; non pas à l'eau oxygénée qui finit par corroder les tissus et n'exerce d'ailleurs que des effets momentanés, mais au trioxychlorométhyle de Vanadium. L'Anios, en effet, agit par un dégagement régulier et permanent d'oxygène naissant, c'est-à-dire par des propriétés germicides, désodorisantes et kératoplastiques beaucoup plus énergiques.

Nous avons donc, tous les jours, fait laver largement avec une seringue en verre de 10 cent. c. cette fistule tuberculeuse en utilisant une solution d'anios à 2 %, et nous faisions ensuite saupoudrer la plaie avec la poudre d'Anios.

En une semaine environ, nous constations déjà un léger changement : la profondeur de la plaie avait diminué. Le stylet, très doucement introduit, ne pénétrait pas au-delà de 3 ctm. et, bien que la suppuration fût encore peu modifiée, la lumière du conduit se rétrécissait nettement. On constatait une prolifération considérable de bourgeons charnus, rouges, et saignant au moindre contact.

Trois semaines après le début du traitement par l'Anios, cette fistule était entièrement cicatrisée.

Nous avons considéré ce résultat comme une démonstration définitive de l'énergie antiseptique et surtout cicatrisante du trioxychlorométhyle de Vanadium. Car enfin, voilà une fistule datant de 2 ans bientôt, tour à tour soignée par l'eau oxygénée, le sublimé, l'acide borique, par l'aristol, le dermatol, et qui cependant se rétrécissait avec une désespérante lenteur. Or, il a suffi de la soumettre aux effets d'un courant oxygéné régulier et permanent pour la cicatriser en 3 semaines.

Existe-t-il à l'heure actuelle un excitant cellulaire possédant une pareille activité ? Nous ne le pensons pas ; de plus, le trioxychlorométhyle de vanadium a-t-il le moindre effet seconnaire ? Assurément non. La solution utilisée était cependant la solution *forte*, et c'est en nature que la poudre antiseptique fut employée. Or, à aucun moment, il ne s'est produit de phénomènes irritatifs, aucune apparence de causticité.

Cette observation nous a paru assez intéressante pour être signalée.

Dr Al. MarcEaux.

(1) Voir *Concours médical*, n° 19, 1907.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Voici confirmé par une décision d'appel le système que le « Sou médical » a soutenu contre les Cies d'assurances et qu'il avait eu le bonheur de faire triompher déjà devant plusieurs tribunaux de paix. Il s'agit de la portée des bulletins d'accidents signés du patron et remis par les ouvriers aux médecins locaux qui ne sont pas affiliés à la Cie d'assurances. Les assurances, sous le nom du patron, soutiennent que dans ce cas, c'est l'ouvrier qui a fait choix du médecin et que ce dernier ne peut réclamer ses honoraires que conformément au tarif officiel. Après le juge de paix de Bléré, 19 août 1907 (*Concours médical*, 7 juillet 1907, n° 27, p. 482) et le juge de paix de Villefranche, 2 juillet 1907 (*Concours médical*, 15 septembre 1907, n° 37, p. 664), c'est maintenant sur appel d'une Cie d'assurances, sous le nom du patron, le tribunal civil de Bar-sur-Seine qui adopte notre manière de voir. La question est donc maintenant tranchée et nous espérons que la jurisprudence des tribunaux de paix ne présentera plus sur ce point aucune divergence.

G. Gatineau,
Avocat à la cour
Conseil du « Sou médical ».

Tribunal civil de Bar-sur-Seine (8 mai 1907).

Le Tribunal :

Attendu que, par exploit de B..., huissier à E...., en date du 6 décembre, enregistré, le Dr M.... a fait citer le sieur D.... en paiement d'une somme de 804 fr. pour frais médicaux et pharmaceutiques qu'il prétendait lui être dus pour soins donnés à divers ouvriers blessés au service du dit sieur D.... ;

Attendu que devant M. le juge de paix, D.... n'a soulevé aucune contestation relativement au nombre des consultations et à la nature des soins et médicaments donnés ; qu'il s'est borné à prétendre que sa responsabilité devait être limitée aux honoraires fixés par le décret du 30 septembre 1905, les ouvriers, prétendait-il, ayant fait choix de leur médecin :

Attendu que M. le juge de paix a condamné D.... par jugement du 19 janvier suivant, enregistré, à payer au Dr M...., enregistré, à la somme de sept cent cinquante sept francs ;

Attendu que D.... suivant exploit de B...., en date du 24 janvier dernier, enregistré, a interjeté appel de ce jugement.

En la forme :

Attendu que l'appel est régulier ;

Au fond :

Attendu que D.... prétend que les frais médicaux et phrmaceutiques dont le paiement lui a été réclamé doivent être calculés d'après le tarif dressé en exécution de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu qu'un arrêté du 30 septembre 1905 a été pris fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accident du travail prévu par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu qu'il est dit dans la loi précitée que la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien,mais que dans ce cas le patron ne peut être responsable que des frais établis par le tarif ci-dessus.

Attendu qu'il est incontestable que pour l'application de ce tarif il faut avant tout que ce soit la victime qui ait fait choix de son médecin ;

Que cela résulte notamment de la circulaire du 6 novembre 1905 de M. le ministre du commerce, relativement à l'application du tarif cidessus ; qu'il est bien dit en effet : « Il importe « tout d'abord de remarquer que pas plus que le « tarif d'assistance médicale gratuite, sous le « régime initial de l'art. 4 de la loi du 9 avril « 1898, le nouveau tarif officiel ne s'impose » « comme on a pu parfois s'y méprendre aux « médecins et aux pharmaciens.

« Ils restent, en droit, comme auparavant, en« tièrement libres de débattre la rémunération « de leurs soins ou le prix de leurs fournitures. « Le tarif a seulement pour but et pour effet,dans « les cas où la victime de l'accident a fait elle« même choix de son médecin et de son pharma« cien et où des contestations s'élèvent sur la « quotité des prestations du chef d'entreprise à « son égard, de fournir une base préfixe aux dé« cisions des juges de paix appelés à arbitrer ces « prestations. »

Attendu que le Dr M.... a été mis en œuvre par D.... lui-même ou l'assureur le représentant : que M.... a produit en effet les bulletins qui lui avaient été délivrés ;

Attendu que ces bulletins sont ainsi conçus : « Monsieur le docteur,

« Nous vous informons que le nommé X... a « été atteint par un accident,... Nous vous prions « de vouloir bien ; 1° donner d'urgence au blessé « les soins que réclame son état dans votre ca« binet, s'il s'y présente, ou à défaut à son propre « domicile ; 2° de nous faire parvenir sous trois « jours à notre adresse par la poste ou par l'in« termédiaire du blessé s'il peut marcher, le cer« tificat médical n° 1, etc... » Suit la signature de l'assuré D.... ou son représentant.

Attendu qu'en présence de ces bulletins la prétention de D.... tendant à dire que le docteur M.... a été choisi par les victimes, est inexplicable, qu'il ne peut être douteux que c'est D.... ou son représentant qui a mis en œuvre le dit médecin ; que c'est à la prière du patron que celui-ci a donné ses soins aux victimes ; que le régime d'exception prévu par la loi du 31 mars 1905 ne lui est donc pas applicable ;

Attendu qu'il n'y a pas de contestation sur le nombre des visites ou consultations ni sur la nature des médicaments fournis. Que les honoraires réclamés et attribués par le premier juge sont conformes aux usages locaux et n'ont rien d'abusif ;

Par ces motifs :

Adoptant au surplus les motifs du premier juge ;

Dit qu'il a été bien jugé, confirme le jugement dont est appel pour sortir son plein et entier effet ;

Condamne l'appelant à l'amende et en tous les dépens ; tant de première instance que d'appel, dont distraction au profit de Me Roger, avoué.

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Le libre choix du médecin pour les indigents

Devant le Conseil général du Nord.

Sur un nouveau vœu en faveur du libre choix du médecin par les indigents, déposé par M. Florent Binauld,la question a été discutée à nouveau par le Conseil général, dans les séances du 27 et du 28 août.

Le rapport établi par le bureau appelé à examiner ce vœu était défavorable et concluait à son rejet pur et simple.

Après une discussion très longue, très confuse, et surtout très passionnée, les conclusions du rapporteur n'ont pas été admises par l'assemblée,qui s'est décidée à adopter un moyen terme. Elle a voté la nomination d'une commission qui sera chargée d'étudier cette question à fond,et de faire un rapport à l'Assemblée départementale pour la session d'avril.

Tout reste donc en état, et nous aurons l'occasion de reparler du fond de la question,mais, dès aujourd'hui, nous devons faire connaître l'état d'esprit des Conseillers généraux du Nord.

Certes, aucun d'eux n'a osé se montrer hostile au principe et n'a osé dire à ses électeurs indigents que le droit de choisir leur médecin n'était pas pour eux le premier et le plus sacré de tous les droits.

Cependant les uns se sont montrés décidés à repousser le libre choix et à continuer à imposer aux indigents le médecin fonctionnaire, les autres se sont montrés hésitants, ont demandé un supplément d'instruction pour une question de première importance, et qui, depuis qu'elle est agitée, devrait être devenue familière à tous les hommes politiques.

Cependant, aucune bonne raison n'a été donnée pour faire repousser cette mesure.

Ceux qui n'en sont pas partisans n'ont trouvé que des raisons politiques ou des craintes de majoration des dépenses à faire valoir.

Nous avons entendu aussi un Conseiller général demander le rejet du vœu, parce qu'il craignait que son adoption ne fût le point de départ de l'exploitation du budget départemental par les médecins marrons.

M. Motte a même invoqué un article du docteur Petit, pour soutenir qu'il y a des médecins sans talent, des médecins marrons, comme il y a des courtiers marrons. La liberté du choix du médecin serait détestable, selon lui. Pour les accidents, il y a accroissement des dépenses ; des médecins font de la sauce, des additions, ils font des notes d'apothicaire.

M. Motte estime que c'est un droit naturel de choisir son médecin quand on paye, mais laisser

choisir par les indigents le médecin qu'ils ne payent pas, il estime que c'est de la surenchère électorale.

Nous n'avons pas l'intention de traiter aujourd'hui la question dans toute son ampleur ; nous reviendrons sur les raisons politiques et économiques, mais nous tenons à répondre un mot à l'argumentation de M. Motte.

Nous ne nierons pas qu'il y ait des médecins marrons, quelle est la profession qui ne compte pas de brebis galeuses dans son sein ?

Mais nous espérons que M. Motte sera d'accord avec nous pour reconnaître que cette catégorie de médecins est toujours une très faible minorité, elle existe à l'état de spécimen isolé dans les grandes villes industrielles, elle est à peu près ignorée dans les campagnes.

Mais enfin refuserions-nous à l'industrie française des mesures de justice sous prétexte qu'il y a çà et là quelques industriels marrons, et que ceux-ci seraient bien capables d'abuser et de profiter de ces mesures.

Pourquoi dès lors ne pas traiter les médecins de la même façon ?

En supposant que l'on arrive, comme dans le département des Ardennes, à donner le libre choix du médecin à l'indigent et à payer chaque visite médicale au prix de 1 franc, comment les médecins pourraient-ils abuser de la situation ?

Je n'ignore pas que ce prix de 1 franc paraît exagéré à beaucoup d'hommes politiques, et cependant ils n'hésitent pas à donner ce même salaire au commissionnaire public qui passe un quart d'heure pour porter leur valise à la gare.

Est-ce qu'une visite médicale ne vaut pas autant qu'une course de commissionnaire ?

Pour ce prix de un franc, le médecin se déplace par tous les temps, il est trempé par la pluie, crotté par la boue, et il passe ses instants au chevet d'un malade, parfois d'un contagieux.

Pour un franc, le médecin risque tous les jours sa vie, il va prendre la variole, et il rapporte la diphtérie ou la scarlatine à ses propres enfants.

C'était hier, à Paris, qu'un médecin de l'assistance mourait de la diphtérie, contractée au lit d'un malade, et laissait une veuve et des enfants dans la plus noire misère, et je n'ai pas encore entendu dire que l'on ait songé à faire une situation à cette malheureuse veuve de médecin, mort victime du devoir professionnel.

Allons, Messieurs les Conseillers généraux, quels sont ceux d'entre vous qui trouvent que cela ne vaut pas vingt sous ? Il serait intéressant de le savoir.

Supposons donc ce prix d'un franc la visite admis, et voyons comment le médecin peut en abuser.

Supposez-vous que pour gagner vingt sous de plus, un médecin consciencieux fera deux visites au lieu d'une ?

Non, mais vous craignez que cette manière de faire ne soit employée par ceux que vous appelez les médecins marrons.

Or ceux-ci peuvent bien séduire l'indigent au premier abord, mais soyez sans crainte, les médecins marrons ont parfois de la science, ils n'ont jamais de conscience ; et pour bien soigner un malade il faut autant de conscience que de science, et l'indigent aura tôt fait de découvrir le truc et préférera le vrai médecin aux médecins marrons. Puis ceux-ci ne seront jamais heureusement que l'exception, et, en supposant qu'il fasse chaque année mille, deux mille, cinq mille visites inutiles, le département serait volé de cinq mille francs, ce serait regrettable, mais ce ne serait pas une raison économique suffisante pour priver les indigents du premier de tous les droits, alors que M. le Préfet parle légèrement de quelques centaines de mille francs.

Il y aurait un abus, c'est entendu, mais est-ce que par hasard il n'y en aurait jamais aujourd'hui. Car enfin le médecin marron, puisque médecin marron il y a, il n'est pas par principe brouillé avec l'autorité, et il peut bien aussi s'en trouver quelques-uns parmi les favorisés de M. le Préfet qui ont le monopole de l'assistance.

Ceux-là sont payés à forfait, mais ils sont imposés à l'indigent, et quand ils font trop peu de visites, ils touchent quand même. L'indigent qui n'est pas soigné en temps et en heure peut réclamer, mais il faut qu'il soit bien naïf pour oser accuser le médecin imposé par M. le Préfet ou par M. le Député.

Nous ne pensons pas que ce cas se présente, mais il pourrait être observé le jour où un médecin marron se serait glissé parmi les médecins de l'assistance, et il doit s'en trouver là comme partout, car les gens sans conscience réussissent toujours à obtenir des places, car ils sont les plus intrigants.

Dans l'armée, il y a des simulateurs, et les médecins militaires doivent faire tous leurs efforts pour les démasquer. Cependant, nous avons tous passé par là, et nous savons que le médecin préfère être trompé, laisser passer un simulateur, plutôt que de se tromper et de ne pas reconnaître malade un pauvre diable qui peut succomber faute de soins.

Nous ne sommes pas infaillibles, mais notre conscience et l'humanité veulent que nous fassions plutôt preuve d'indulgence et de faiblesse que de sévérité excessive. Il en va de même pour l'indigent, et s'il doit y avoir un abus, il vaut mieux qu'on lui fasse une visite de trop, plutôt que de le laisser souffrir et mourir faute de soins.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet, et nous parlerons des économies budgétaires réalisées sur l'assistance ; nous rappellerons surtout le fait très significatif d'Estaires. Nous regrettons qu'il ne se soit pas trouvé un Conseiller général pour demander à M. le Préfet comment il entendait expliquer la conduite de la commission d'assistance d'Estaires avec son apparent désir de donner le libre choix aux assistés, là où ce système ne coûte pas plus cher aux finances départementales.

C'est le cas de répéter : « Le cœur a ses raisons que la raison ne peut comprendre. »

Le Conseil général a donc abouti à la nomination d'une Commission, et nous en sommes heureux, car nous ne doutons pas que cette Commission ait à cœur de se mettre au courant de la question, et pour ce faire, il faudra nécessairement qu'elle entende les intéressés, les indigents d'abord et les médecins ensuite.

Nous recommandons donc à tous les Syndicats médicaux de se hâter d'étudier cette question et de donner leur avis à la Fédération, afin que celle-ci puisse intervenir en temps utile.

Il serait indispensable que la question des honoraires actuels et des honoraires convenables exigés pour l'avenir fût judicieusement mise au point

en envisageant l'hypothèse du libre choix d'une part et celle du médecin unique suivant le système actuel.

Dr G. LEMIÈRE.

Le libre choix du médecin au Conseil d'arrondissement de Lille.

Le docteur Douvrin avait déjà émis, lors de la dernière session, un vœu sur le libre choix, mais devant le vote du Conseil général, M. le préfet avait estimé que ce vœu n'avait plus de raison d'être.

Notre confrère, en désaccord avec M. le Préfet sur cette manière d'apprécier les choses, vient de reprendre la question dans la séance du jeudi 7 août.

Nous extrayons le passage suivant du procès-verbal de la séance :

M. C. DOUVRIN émet le vœu suivant :

« Considérant : 1° Que tout Français, riche ou pauvre, dont la vie ou la santé est en danger, doit avoir le droit de choisir le médecin auquel va être confiée sa vie ou sa santé ; 2° que ce droit a été d'ailleurs, reconnu et sanctionné par la loi de 1898, en faveur de l'ouvrier victime d'un accident de travail ; 3° que les syndicats médicaux et, notamment le syndicat médical de Lille, ont émis des vœux dans le même sens.

Le soussigné prie le Conseil d'arrondissement de renouveler le vœu, qu'il a déjà précédemment émis sur sa proposition, que tout inscrit sur les listes d'assistance médicale gratuite ait le droit de choisir le médecin qui possède sa confiance. »

M. VINCENT demande que, si ce vœu est suivi d'effet, les situations acquises soient respectées.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL tient à déclarer que pour des considérations de service et pour des raisons d'économie, l'administration préfectorale est nettement opposée au vœu présenté.

Le vœu mis aux voix est adopté.

Ainsi donc M. le docteur Vincent ne voit là qu'une question de situations acquises, et M. le Secrétaire général tient à dire que, pour une question de gros sous, l'administration préfectorale est *nettement* opposée à ce vœu.

Du droit incontestable qu'ont les indigents à la liberté de confiance, on ne dit même pas un mot, alors que, sur certains points, on dépense follement les deniers des contribuables, tout au moins alors que l'on dépense sans compter pour des choses infiniment moins nécessaires et moins respectables, on avoue que pour dépenser quelques milliers de francs de moins, on continuera à traiter les indigents comme des parias.

Le département du Nord est, sur ce point, bien en retard, car dans nombre de départements le libre choix du médecin existe et fonctionne à la satisfaction de tous. Nous serions bien surpris si l'avis du Conseil général ne changeait pas sur ce point et à bref délai.

A l'heure où l'on parle toujours de liberté, il serait bon d'accorder à l'indigent la plus indéniable et la plus sacrée de toutes les libertés.

N. D. L. R. —La question du libre choix est de celles que l'on peut désormais considérer comme jugées. Sortie des cercles syndicaux, elle a fait son chemin, a gagné progressivement du terrain, et ayant pénétré dans les milieux extra-médicaux, y est favorablement accueillie. Le libre choix existe déjà en fait dans pas mal de régions, à la satisfaction d'ailleurs des médecins et des indigents dont les relations réciproques sont ainsi singulièrement facilitées. Peut-être, dans les régions où l'administration ne veut l'admettre, pour des raisons invoquées mais qui n'existent pas en fait, la routine et le « respect » des situations acquises, entrent pour une grande part, en ligne de compte. Les arguments budgétaire présentés ne sauraient convaincre, non plus, et l'augmentation des charges départementales ne pourrait atteindre au « compte fantastique » de « quelques centaines de mille francs » au dire de M. le Préfet du Nord. L'augmentation, si augmentation il y a, ne pourrait être que minime, et par ces temps de politique de principes, et de réformes généreuses, il nous paraît difficile que le droit au libre choix, conférant au concitoyen dénué la liberté de confiance, ne soit pas unanimement admis et universellement mis en pratique.

Le libre choix et le service des enfants assistés.

Neuilly-le-Réal (Allier), 25 sept. 1907.

Deux questions ont été soulevées récemment devant le Syndicat médical de la Nièvre et ont été résolues par l'affirmative : Libre choix du médecin par les nourriciers des enfants assistés, création de circonscriptions médicales d'enfants assistés, à attribuer à tout médecin qui en ferait la demande.

Avant de discuter ces propositions je dois faire remarquer que, bien que médecin des enfants assistés, je ne plaide pas *pro domo mea*. Mon âge me permet de croire que j'aurai disparu avant que ces deux réformes aient abouti. Je tiens à montrer qu'elles sont non pas difficiles mais irréalisables et injustes.

Le libre choix. — Actuellement c'est l'Assistance publique qui choisit le médecin des enfants, et l'on demande que ce soient les nourriciers.

Ne pouvant pas, et pour cause, avoir l'avis du principal intéressé, l'enfant, il est admissible que celui qui paye a le droit de choisir. Si l'un de nous plaçait son propre enfant en nourrice, croirait-il violer le libre choix du nourricier en lui disant de prendre, en cas de maladie, le Dr X... à l'exclusion de tout autre ? L'A. P. a tous les droits des parents dont elle tient lieu. Et la proposition du syndicat de la Nièvre va à l'encontre du principe du libre choix qu'elle a la prétention au contraire d'affirmer.

Création de circonscriptions.

S'agit-il de circonscriptions à créer n'importe où ? Si oui, j'affirme que l'A. P. n'ira pas installer un directeur et deux commis dans une région quelconque sans s'assurer si elle y trouvera les éléments nécessaires pour fonder et faire prospérer une agence, c'est-à-dire des placements suffisants comme nombre et comme qualité, sans savoir si les municipalités et les habitants le désirent.

Une agence qui nécessite trois fonctionnaires administratifs exige plusieurs médecins, tant à cause des distances à parcourir que du nombre des enfants à visiter. Or, si les médecins voisins refusent d'entrer dans la combinaison, ces trois fonctionnaires surveilleront 200 à 250 enfants, alors qu'ils suffisent à la surveillance de plus de mille dans une agence déjà fondée. L'A. P. n'ad-

mettra jamais cela, simplement au point de vue économique.

Il s'agit peut-être de créer de nouvelles circonscriptions médicales dans une agence existant déjà. Comme elles ont toutes un nombre fixe d'élèves, il faudra donc enlever aux médecins actuellement en fonctions une partie de leur service, c'est-à-dire de leur gagne-pain au bénéfice du premier venu qui le demandera. Cette mesure est assez cavalière, pour ne pas dire plus, si elle frappe un jeune confrère, et surtout sans autre motif que le bon plaisir du voisin. Mais comment la qualifierons-nous, si elle frappe un confrère de 40 ou 50 ans qui ne peut plus reconstituer la clientèle qu'il a négligée pour son service, ni aller s'en créer une autre ailleurs ?

Ce système consacrerait donc une injustice et il lèse encore le libre choix de l'A. P. considérée comme tuteur des enfants. Il l'engage dans des dépenses inutiles ce qui, plus que toute autre considération, rend le projet irréalisable.

Ce n'est du reste pas autre chose que l'application à la médecine du principe enfantin des utopistes de 1848 : le droit *au* travail, qu'il ne faut pas confondre avec le droit *de* travailler.

Pour conclure, j'estime que les Syndicats ont bien assez de réformes à réaliser sans s'occuper de celles qui ne peuvent aboutir, et qui lèsent des confrères. Unissons-nous d'abord contre toutes les collectivités, c'est le seul but des syndicats.

Dr Pellerin.

membre du « Sou médical » et du Syndicat de l'Allier.

Nous recevons la lettre suivante que nous nous empressons de publier :

Donzy, le 1er octobre 1907.

Monsieur le rédacteur et cher confrère,

Permettez-moi de compléter un renseignement qui vous a été fourni par mon excellent confrère le Dr Gautier au sujet de la question du « libre choix du médecin par les parents nourriciers des enfants assistés ».

J'ai posé, en effet, cette question au Congrès des praticiens et si elle n'a pas été soulevée dans les réunions, c'est que je suis arrivé trop tard et qu'elle n'aurait pu être traitée avec toute l'ampleur due à son importance.

Cette explication m'a paru nécessaire pour dégager la responsabilité du bureau du Congrès, car certains confrères auraient pu croire que ma proposition avait été volontairement écartée.

Les approbations nombreuses que j'ai reçues prouvent d'ailleurs qu'elle intéresse vivement le corps médical.

Bien confraternellement vôtre,

Dr Durand,

Membre fondateur du Syndicat de la Nièvre et du Concours médical.

Libre choix et service communal.

Un de nos meilleurs confrères, le Dr Cancel, nous fait parvenir ces deux lettres que nous nous empressons de publier.

Mon cher confrère,

L'Assemblée nationale des praticiens français, tenue en avril dernier, s'est longuement et à bon droit occupée du libre choix du médecin par tous les malades. J'ai pendant une longue carrière médicale rompu bien souvent des lances en faveur de ce principe parce que j'avais pu apprécier l'importance considérable du rôle du médecin, non seulement au point de vue professionnel, mais encore au point de vue moral. J'ai plus d'une fois payé de ma personne et de mes deniers pour faire respecter le libre choix du médecin par les Sociétés de S. M. (interrogez le Dr Deligné, à Sainte-Saulle (Charente-Inf.) et M. Juchereau, président de la Société des travailleurs réunis, *au même lieu* (1900) et par les municipalités (interrogez le Dr Lamathe, à Bordj-Minaïel et à Isservil département d'Alger, en 1892. Et dans sa 2e séance du 12 avril dernier la même assemblée adoptait à *l'unanimité* le vœu de notre éminent confrère le Dr de Grissac : « Il est contraire à l'ordre public et à la dignité humaine qu'en aucun cas une collectivité de quelque ordre que ce soit puisse imposer un médecin traitant à un malade ». Et le Congrès dut nommer un Comité chargé d'en prolonger l'action et de faire effort pour que les décisions prises fussent appliquées.

Ne connaissant point la composition de ce Comité ni son adresse, je vous prie de leur transmettre par la voie du *Concours médical* ou par toute autre voie que vous jugerez convenable la lettre ci-incluse que j'ai adressée à M. le directeur du *Petit méridional* à Montpellier. J'estime qu'il est de notre devoir de défendre les idées émises par l'assemblée nationale des praticiens Français, dont la première est le libre choix du médecin, et qu'il nous appartient de combattre toutes les théories tendant à un but opposé, d'où qu'elles émanent.

Membre du Concours médical, je compte, cher confrère, sur votre appui et vous prie d'agréer avec mes remerciements, mes bien cordiales salutations,

Dr Cancel.

---

13 août 1907.

A Monsieur le directeur du *Petit méridional*, Montpellier.

Dans votre Premier-Montpellier d'hier du *Petit Méridional* sous le titre : *Paralysie des extrémités* et sous la signature d'*Eugène Fournière* vous publiez un article qui prouve certainement que l'auteur est animé de bonnes intentions, mais il traite une question qui n'est pas de sa compétence, *le service médical des communes*, et son ignorance de la question lui fait écrire des hérésies.

C'est au moment où tous les membres du corps médical ayant quelque souci de leur dignité, d'accord avec les malades, que les us et coutumes font traiter en esclaves, demandent *le libre choix du médecin* que le citoyen Eugène Fournière vient nous citer les exemples de toutes les monarchies plus ou moins autoritaires qui nous environnent et demander que la République française suive l'exemple de ces autocrates plus ou moins constitutionnels.

M. Eugène Fournière voudra bien me permettre d'émettre mon avis en pareille occurrence ; blanchi sous le harnais, j'ai lutté toute ma vie pour la liberté individuelle, et comme médecin communal j'ai fait comprendre aux municipalités qui m'avaient chargé du service médical de

leur commune à titre *exclusif* que la première satisfaction à donner au malade, à un mourant, c'est le médecin de son choix.

Nos syndicats médicaux, en France, soutiennent tous aujourd'hui cette thèse, et un grand nombre de nos mutualistes reconnaissent que nous avons raison.

J'espère que nos municipalités, d'accord en cela avec le Conseil d'Etat, partageront notre avis et que le citoyen Eugène Fournière comprendra qu'il doit changer son niveau de place.

Il n'y a rien de plus terrible pour un mourant que la présence d'une personne antipathique, cette personne serait-elle un médecin.

Veuillez agréer, monsieur le directeur du *Petit méridional*, mes remerciements et mes meilleures salutations.

Dr CANCEL.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'exercice illégal par les médecins militaires.

Dans le dernier numéro du *Progrès médical* nous trouvons une excellente mise au point de cette toujours délicate question de l'exercice de la médecine civile par des médecins militaires. Nos amis, Messieurs Demmler et Noir, en parlent avec toute compétence, ce dernier toutefois appuyant comme il convient sur la rareté des cas où le devoir d'humanité oblige nos confrères militaires à prendre notre place :

Médecins militaires et clientèle.

Dans un récent article du *Bulletin médical*, notre confrère le Dr Granjux a soulevé de nouveau cette question si souvent débattue et si difficile à résoudre. Les conclusions qui terminent son travail ne me paraissent pas susceptibles de trancher le différend. En effet, le problème est de ceux dont la solution ne dépend pas d'un arrêté ferme, mais du tact et de la largeur d'idées que doivent y apporter nos confrères civils et militaires. Je m'explique :

En principe, il est de toute évidence que l'exercice de la clientèle (j'insiste sur le mot) est interdit aux médecins de l'armée aussi bien au point de vue militaire qu'au point de vue déontologique. Au point de vue militaire, parce qu'ils sont soumis à toutes les prescriptions en vigueur interdisant l'exercice d'une profession commerciale, industrielle ou autre, aux officiers en activité de service.

Déontologiquement, cette opinion est tout aussi formelle. Sans parler de la nécessité d'une patente qui ne peut être sollicitée puisqu'elle implique l'aveu d'une profession rémunérée incompatible avec les règlements, on doit considérer qu'un médecin militaire, établi depuis peu de temps dans une ville, n'ayant guère de relations dans la population, ne peut avoir pour clients que des familles déjà soignées par un confrère civil, exerçant depuis de longues années dans la contrée. Il faut admettre par conséquent qu'il sera difficile à notre collègue de se créer une clientèle sans empiéter d'une façon plus ou moins correcte sur le domaine de son confrère, sans attirer à lui des clients anciens, mais qu'un accès de mauvaise humeur aura écartés momentanément de leur médecin habituel. En agissant ainsi, même en ne sollicitant pas les malades, notre camarade manquerait à la confraternité, s'il ne déclarait à ses clients de passage qu'il ne peut les visiter en dehors de la présence de leur médecin habituel, et s'il ne refusait absolument de céder à leurs invitations. Cette correction déontologique est aussi nécessaire pour les médecins militaires à l'égard de leurs confrères civils, que pour ceux-ci envers leurs collègues militaires quand ils sont demandés par des malades appartenant à l'armée. Quels seront donc les cas pour lesquels ils seront en droit d'exercer leur art ?

Répondre à cette question est précisément le point capital de la discussion, parce que, dans la réalité, c'est de cette façon qu'elle se présente le plus souvent.

En effet, si l'exercice de la clientèle est interdit aux médecins militaires, on ne peut leur contester le droit d'exercer. Or, comment, dans la pratique, le font-ils ? 1° Chez des indigents ou des demi-indigents qu'ils aident de leurs conseils et bien souvent de leur bourse ; 2° dans les familles aisées auprès desquelles ils sont appelés en consultation par le confrère civil, qui a pu apprécier leur valeur professionnelle et déontologique et qui, le faisant, agit spontanément ou sur la demande du malade lui-même, demande dont il ne peut se formaliser, puisque le client doit toujours avoir le libre choix de son médecin, pourvu qu'il observe les égards que tout praticien se respectant est en droit d'exiger. Je dis même que, dans ce cas, le médecin militaire peut accepter une rémunération pécuniaire, qu'il ne doit jamais solliciter. Cette acceptation n'entraîne pas, en effet, l'idée de lucre ; elle ne peut être taxée d'exercice habituel d'une profession ; elle n'est pas interdite par les règlements militaires, pas plus qu'ils ne défendent à un officier de toucher des honoraires pour la publication d'ouvrages littéraires ou scientifiques ou pour la vente d'un brevet. Agir ainsi n'est pas faire un métier dans le vrai sens du mot, et on ne peut dire que ces quelques malades constituent une clientèle. Je ne crois pas également, comme le pense le Dr Granjux, que cette rémunération porte atteinte à l'indépendance du médecin. S'il y a un obligé, quelqu'un qui soit lié à un autre par un service rendu, c'est plutôt le malade, et non le médecin militaire qui ne l'a sollicité d'aucune façon, et qui, ne pouvant en attendre aucun service, conserve toute son indépendance et toute sa dignité. Emettre cette hypothèse serait l'étendre aux actes journaliers de nos maîtres, qui, certes, n'aliènent en rien leur liberté de penser et d'agir, parce qu'ils ont été très grandement rémunérés par des clients passagers.

Je ne vois donc pas dans ces deux cas comment le médecin militaire pourrait porter préjudice à son confrère civil; je ne m'explique pas les raisons des plaintes de celui-ci auprès de l'autorité, et, j'aurais honte pour lui qu'on puisse croire à un sentiment de mesquine jalousie.

Plainte, du reste, bien superflue ! Car, si réellement notre camarade a manqué à son double

devoir militaire et professionnel, le directeur du service de santé prendra envers lui les mesures de rigueur prescrites. Un véritable chef doit connaître son devoir et l'accomplir, sans qu'il soit nécessaire à un syndicat de le lui rappeler. Si, bien au contraire, le médecin militaire a observé dans la pratique de son art toute la correction voulue, s'il s'est borné à l'exercer dans les deux conditions que j'ai indiquées, sans en faire un métier habituel, je ne vois pas pourquoi on lui en ferait un crime ; pourquoi l'autorité le blâmerait pour la haute estime qu'on lui a montrée ; pourquoi un syndicat de médecins se plaindrait de la confiance qu'il a su gagner ou du bien qu'il répand autour de lui.

Ce sont là des procédés qu'il faut laisser aux petites gens incapables de sentiments élevés ou trop âpres à la curée. C'est pourquoi je reste convaincu, comme je l'ai dit au début, que la solution de la question restera toujours subordonnée au tact dont les médecins militaires sont coutumiers, et à la largeur d'idées, aux sentiments de justice et de confraternité exempte d'arrières-pensées, qui sont l'apanage de notre profession, où l'on rencontre tant d'âmes généreuses et désintéressées !

A. DEMMLER.

Dans l'article du *Bulletin médical*, il était fait allusion à une plainte du Syndicat médical d'Oran contre certains médecins militaires exerçant la médecine civile dans des villes largement pourvues de médecins praticiens. Le syndicat médical ne sortait nullement de son rôle en se plaignant et, si l'affaire n'a pas été poussée plus loin par l'Union des Syndicats médicaux de France, c'est tout simplement à cause de l'insuffisance des renseignements qui lui furent fournis. Personne ne saurait discuter, à l'heure actuelle, l'incapacité légale où se trouvent les médecins militaires pour exercer la profession médicale. Le titre de docteur en médecine est une des conditions indispensables pour être médecin praticien (comme celui de licencié en droit pour être avocat plaidant), mais il en est d'autres qui sont aussi nécessaires, par exemple l'enregistrement du diplôme et le payement de la patente. Les médecins militaires, ne pouvant pas enregistrer leur diplôme, ni payer patente, ne peuvent être médecins praticiens. S'ils exercent la profession médicale, ils l'exercent illégalement et sont passibles de poursuites tout comme le sont les docteurs en médecine avec diplômes étrangers ou diplômes universitaires qui se livrent à l'exercice de la médecine.

Les médecins militaires, d'ailleurs, comprennent très bien leur situation et sont le plus souvent d'une correction absolue à cet égard. Si, en Algérie, il existe des exceptions, c'est qu'on y vit sous un régime qui est parfois quelque peu arbitraire, et souvent paradoxal. En voici un exemple : tandis qu'en France les pontifes de l'hygiène parisienne prétendent que les docteurs en médecine sont incapables de bien vacciner et demandent la création d'inspecteurs, de contrôleurs, de vaccinateurs officiels, en Algérie, on engage les instituteurs à pratiquer les vaccinations et on les récompense officiellement pour avoir violé catégoriquement la loi sur l'exercice de la médecine. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que les autorités militaires algériennes aient fait la sourde oreille aux plaintes du Syndicat médical et que les mœurs de nos confrères militaires diffèrent quelque peu en Algérie et en France.

Comme le dit très bien notre distingué collaborateur, M. le Dr Demmler, qui est à même de juger sainement ce conflit, c'est ici affaire de largeur d'idées, de tact et de courtoisie tant de la part des médecins militaires que de celle des praticiens.

D'ailleurs, la question est moins difficile qu'elle ne paraît et, pour la résoudre, il suffit de respecter la loi du 30 novembre 1893. Cette loi, en effet, dans son article 16, ne considère comme exercice illégal de la médecine, devant être réprimé, que l'exercice *habituel*. Il s'ensuit donc qu'un médecin militaire peut donner des soins d'urgence et répondre à l'appel d'un confrère en consultation sans commettre un acte répréhensible.

Nous pouvons affirmer que jamais le Syndicat des médecins d'Oran n'aurait formulé une plainte si les médecins militaires de leur région s'étaient bornés à ce dernier genre d'exercice et avaient exercé avec discrétion ; mais les médecins civils qu'on écrase de plus en plus d'obligations et d'impôts sous prétexte que leur diplôme leur donne le privilège (!) de pouvoir exercer leur profession, c'est-à-dire de gagner péniblement leur vie en travaillant, ont le droit de demander à l'Etat et à ses hauts fonctionnaires de ne pas leur créer une concurrence déloyale en autorisant et parfois en incitant les médecins militaires, qui ne paient pas de patente et sont pourvus d'appointements et de retraites, à leur enlever le meilleur de leur clientèle dans des régions où le prestige de l'uniforme et des galons est loin d'être disparu.

J. NOIR.
Secrétaire général de l'Union des Syndicats des Médecins de France.

CHRONIQUE DE L'AMICALE

La combinaison D de l'Association Amicale.

Un de nos confrères nous demande si les questions d'âge rentrent dans les cas particuliers auxquels nous avons déclaré ne pouvoir donner satisfaction.

« *Je suis, nous dit-il, moins âgé que ma femme — je ne pourrai donc pas être D.... ifié, amicalement parlant ! — Mon cas est celui de nombreux confrères et, si nous ne pouvions statutairement être admis, il y aurait, à mon avis, une grave lacune dans le barème de la combinaison nouvelle.* »

Que notre confrère se rassure, il peut parfaitement être admis, et notre actuaire, M. Fleury, reste à notre disposition pour nous fournir les chiffres des cotisations en-dessus et en-dessous des âges prévus.

Il était impossible de publier toutes les combinaisons d'âge, nous nous sommes bornés aux cas les plus fréquents, nous réservant de réclamer les calculs que nécessiteraient ceux qui ne figurent pas au tableau.

Ce qui est limitatif, *c'est l'âge de* 50 *ans pour le mari* ; mais tout médecin âgé de moins de 50 ans peut être admis quel que soit l'âge de sa femme. On remarquera d'ailleurs, que les statuts ne parlent pas de l'âge de la femme,

Les cas particuliers auxquels nous faisions allusion dans le rapport sont ceux d'enfants d'un

premier lit, de veuvage avec enfants mineurs, etc., etc., qui ne rentrent pas expressément dans la combinaison que nous avons prévue.

On a de même parlé d'un nouveau mariage de la veuve pensionnée — elle continuera à toucher sa pension.

On a parlé encore de divorce possible — le mari n'aura qu'à cesser ses versements.

Nous ne pouvons pas entrer dans des cas compliqués, voilà ce que nos confrères doivent comprendre, et c'est pour éviter que ces cas, aussi nombreux que divers, ne nous soient pas soumis que nous avons inséré la phrase qui avait à tort effrayé notre correspondant. A. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie du 14 octobre au 18 décembre 1907.*

Programme et préparation des cours. — MM. GAUCHER : Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — BAR : Syphilis et grossesse. — DANLOS : Radiothérapie et traitement par les courants de haute fréquence. — BALZER : Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — DE BEURMANN : Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Sporotrichoses, Traitement du lupus. — CASTEX : Syphilitiques, du larynx et de l'oreille. — QUEYRAT : Blennorrhagie aiguë. Blennorrhagie chronique. Complications et traitement de la blennorrhagie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations, Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — HUDELO : Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et Prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — MORESTIN : Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. — GASTOU : *Maladies parasitaires du cuir chevelu* : Teigne tondante et Favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. *Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire* : Examen des squames, sérosités, sang, pus. *Anatomie pathologique* générale des maladies de la peau. *Electrothérapie. Photothérapie. Petite chirurgie dermatologique.* — EMERY : Traitement de la syphilis. — Edmond FOURNIER : Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. — MILIAN : *Syphilis tertiaire* : Syphilides tuberculeuses ; syphilides ulcéreuses ; gommes : ulcères de jambes. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. *Parasyphilis* : Neurasthénie. Paralysie générale. Tabès. — TERRIEN : Syphilis oculaire. — LACAPÈRE : Pelade. Séborrhée et acnés. Eczéma acnéique. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. *Kraurosis vulvæ.* — CATHELIN : Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorrhagie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urèthre. — PARIS : Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et Farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — SABATIÉ : Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. — ROSTAINE : Dermatoses congénitales. Phthiriase et mélanodermies. Sclérodermie. Lèpre.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et la carte d'immatriculation. Les Bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet nº 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin, à la Clinique (Hôpital Saint-Louis).

Le Doyen de la Faculté, M. DEBOVE.

Facultés et hôpitaux.

Un cours de vacances, fait par M. A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, aura lieu tous les jours, du dimanche 20 octobre au dimanche 27 octobre.

Le matin : 10 heures. — Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Le matin : 11 heures. — Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac.

Soir : 2 heures. — Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine ; il commencera le dimanche 20 octobre à 10 h. du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale de M. Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine. Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 fr. ; ils auront lieu à partir du lundi 21 octobre. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible).

— M. Gilbert-Ballet reprendra sa consultation externe et sa policlinique, le samedi 19 octobre à 9 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— MM. les Docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le mardi 15 octobre 1907, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie. Ce cours sera à la fois théorique et pratique ; il comportera douze leçons et aura lieu à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions seront reçues les mardis, jeudis et samedis de 10 h. à midi. On peut également s'inscrire par correspondance. Le droit d'inscription est de 50 fr. Les leçons seront faites aux dates suivantes : M. le Dr Bérillon, les 15, 17, 19, 22, 24 et 26 octobre à 10 h 1/2 du matin.

M. Farez, les mêmes jours, à six heures du soir.

— Un concours pour la nomination aux emplois de chefs de clinique vacantes à la Faculté de médecine de Paris aura lieu le lundi 21 octobre 1907.

Il sera pourvu à la nomination :

D'un chef de clinique médicale adjoint ;

D'un chef de clinique infantile, titulaire et d'un adjoint ;

D'un chef de clinique obstétricale titulaire et de deux adjoints ; d'un chef de clinique gynécologique titulaire et d'un adjoint.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur RÉGIMBART, d'Evreux (Eure), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année — N° 42 — Dimanche 20 OCTOBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Libre choix dans l'assistance départementale.

La lettre suivante, adressée par nos confrères de la Haute-Garonne à leurs Conseillers généraux constitue un document particulièrement intéressant pour l'étude de la question du « *libre choix.* » A quoi imputer, en effet, les augmentations de dépenses, mises si légèrement sur le compte de cette réforme équitable et inéluctable désormais ? La lettre-circulaire que voici répond à la question et montre les abus du système actuel, qui, en ne donnant pas aux médecins, dans l'élaboration des listes d'indigents, la place et l'influence qui leur devraient, à bon droit, revenir ; en la confiant en fait aux seules municipalités et Bureaux de Bienfaisance, corps élus ou nommés, et par conséquent, accessibles à des sentiments d'ordre électoral, et prêts à accueillir de façon, mettons indulgente, toutes les demandes d'admission, a amené une multiplication invraisemblable du nombre des indigents, la surcharge budgétaire (où les soins *médicaux* ne sont pas pour grand'chose), et l'anémie progressive des finances départementales.

A nos confrères de ne pas laisser plus longtemps créer haro sur le nouveau venu. Aucune critique sérieuse ne peut, en réalité, être invoquée contre l'adoption universelle du libre choix, il ne s'agit au fond que de la défense d'intérêts particuliers, et le maintien du système de la circonscription ne tend rien moins, trop souvent, qu'à entourer le confrère docile, dans les bonnes grâces de M. le Préfet, d'une auréole de mauvais aloi, et à évincer systématiquement le praticien plus modeste, plus digne, ignorant tout de l'intrigue.

Les méchantes langues prétendent même que le système de la circonscription a surtout pour utilité la conservation d'un véritable instrument de pouvoir, autant qu'il constitue un merveilleux organisme de propagande pour certains arrivistes peu scrupuleux.

Les médecins de la Haute-Garonne à Monsieur......
Conseiller général du canton de ....

MONSIEUR LE CONSEILLER GÉNÉRAL,

Le corps médical de la Haute-Garonne, justement ému de la situation pénible faite à quelques uns de ses membres par l'organisation actuelle du service de l'Assistance médicale gratuite,

vient, avec ses doléances, vous faire part de ses vœux, convaincu que vous voudrez bien, avec la bienveillance que vous lui avez toujours témoignée, examiner ses légitimes revendications.

Il ne proteste certainement pas contre l'idée qui vous a contraint de renoncer au système du libre choix, pourtant le plus équitable, pour adopter le système de la circonscription. Gardien vigilant des finances départementales, vous devez à vos commettants autant qu'à vous-même la plus sage des gestions et aucun de nous ne peut croire que la mesure que vous avez prise soit une mainmise administrative sur une profession qui n'est d'aucun parti, n'appartient à aucun pouvoir, relève du plus intime de la conscience. Avoir cette idée serait méconnaître la générosité de vos sentiments, vous faire la plus gratuite des injures.

Tant qu'elle restera entre vos mains, la loi de 1893, suivant les belles paroles prononcées par M. le Préfet Cohn à la session d'août 1894, sera toujours « un instrument de charité, jamais un instrument de politique ».

Et pourtant, le système de la circonscription se heurte à deux graves écueils dont souffrent les malades et les médecins. En imposant un médecin à un malade, on enlève à celui-ci son droit intangible à la confiance, premier gage du droit à la guérison ; on va à l'encontre de la pensée du législateur de 1893 qui voulait assurer à l'assisté le libre choix de son médecin, choix qu'a réclamé l'an dernier avec tant d'autorité le Congrès des Praticiens de France, que les Sociétés de secours mutuels sont prêtes à admettre, que le Sénat, enfin, par une loi récente, vient de consacrer pour les victimes des accidents du travail.

Certainement, vous ne refuserez pas aux malheureux ce privilège si reconnu, aussi humain, qui s'impose avec une telle souveraineté et que soixante-trois départements ont déjà accordé à leurs assistés.

Avec l'assisté, les médecins souffrent aussi du système de la circonscription, parfois inégalement répartie et dont quelques-uns sont dépourvus. Il en est résulté de cuisantes blessures d'intérêt autant que d'amour-propre pour ceux des nôtres qui, écartés ou diminués au profit de leurs confrères officiellement nommés par M. le Préfet, ont vu trop souvent leur clientèle et leur influence s'amoindrir. De là des plaintes aussi incessantes que justifiées dont toutes nos réunions sont un vif écho et auxquelles nous vous prions de vouloir bien mettre un terme. Rendez l'Assistance ouverte à tout médecin qui, lui aussi, a droit à la vie et voudra, soyez-en persuadé, ne jamais oublier à son tour qu'il a, entre ses mains, un instrument de charité et non de politique.

Nous devinons de suite, Monsieur le Conseiller général, que, reconnaissant la justesse de nos observations, vous allez montrer le plus ardent et sincère désir de nous être agréable. Mais allez-vous nous dire : « Comment, ainsi que vous le désirez, concilier les intérêts financiers du département avec les vôtres et ceux des assistés ? Avec le libre choix, vous dépendez de l'indigent et, révocable par lui à chaque fin d'année, nous convenons que vous pourriez avoir l'ordonnance facile et coûteuse. Avec la circonscription, au contraire, le malade est sous votre dépendance et vous pouvez mieux résister à ses exigences. » Nous ne méconnaissons certainement pas la portée de votre objection, mais nous pensons qu'il est toujours possible de résister aux exigences d'un malade et de le convaincre de l'inutilité des prescriptions superflues. Nous savons aussi que le libre choix a donné un budget pharmaceutique qui méritait de vous préoccuper. Ces dépenses, en effet, qui, pendant les années 1897, 1898, 1899, 1900, où le système de la circonscription était en vigueur, se sont élevées à 319,938 francs, ont été de 387,278 francs pendant les années 1901, 1902, 1903, 1904 avec le libre choix : augmentation de 67,340 fr. pour quatre ans, de 16,835 fr. pour un an.

Nous jugeons inutile de parler de dépenses médicales qui ne sauraient être incriminées. Fixées d'abord à 68,000 francs, vous avez cru devoir les élever à 70,000 francs, chiffre auquel elles se maintiennent toujours avec une invariable fixité.

C'est donc du côté « médicaments », résultante de l'activité médicale, que vient l'exagération de la dette, c'est à cause d'eux que l'on a été contraint d'adopter une nouvelle organisation, laissant ainsi en souffrance d'imprescriptibles intérêts moraux et matériels, c'est à cette situation qu'il importe de trouver un remède. Ce remède nous vous le proposons. Il est le fruit de longues discussions et de mûres réflexions. Il s'inspire de la loi de 1893 et consiste :

1° A prier MM. les Maires, MM. les membres des Bureaux d'Assistance d'apporter la plus judicieuse des circonspections dans l'élaboration de la liste, qui ne devrait jamais comprendre plus du dixième de la population. Beaucoup de municipalités, en effet, ne se conforment pas à cette indication. On a vu des listes compter jusqu'au quart des habitants et même davantage. Il en est résulté une surcharge de dépenses pour le département dont, s'ils n'ont pas été rendus responsables, ont été victimes les médecins ;

2° A rendre les inscrits d'urgence très rares en rémunérant à la visite et au tarif local minimum les soins donnés à ces derniers ;

3° A reviser le tarif pharmaceutique qui, dans ses moindres détails, sera l'objet d'une étude très prudente et très raisonnée ; ne perdant jamais de vue que, dans l'œuvre de philanthropie et de solidarité sociale à laquelle nous sommes heureux de collaborer, nous devons, tous, pour faire le plus grand bien, consentir quelques sacrifices. De ce tarif seraient soigneusement exclus les vins médicinaux, les médicaments somptuaires, de même qu'une quantité maximum serait inscrite pour chaque produit. Les tarifs des Compagnies des Chemins de fer, des Bureaux de Bienfaisance pourraient, à ce propos, être utilement consultés;

4° Dans la nomination d'une Commission de contrôle des dépenses pharmaceutiques composée moitié de conseillers généraux, moitié de médecins pour réprimer tous les abus.

Les médecins continueront d'assister avec voix consultative à la confection des listes d'Assistance qui, chaque année, seront établies dans le courant du mois de décembre.

Nous demanderions aussi que, pour une juste rémunération de tous, nos confrères des cantons montagneux soient mieux rétribués que les autres, parce que l'exercice de la médecine dans ces endroits est rendu plus pénible par l'état des lieux et le peu de densité de la population. Sans

vouloir influer sur la décision qu'à ce point de vue il vous appartient de prendre, nous estimons que si, avec le libre choix, un assisté rapporte 1 franc à un médecin situé en pays facile, il rapporte 1 fr. 50 s'il rentre dans la catégorie précitée.

Ainsi vous rendrez justice à tous les médecins pour qui l'Assistance sera ouverte, vous accorderez aux indigents cette inappréciable consolation d'avoir, dans la maladie, le médecin de leur cœur autant que de leur raison.

Vivant au milieu de nous, avec nous, vous connaissez trop notre rude labeur, la cause des pauvres vous est trop chère pour ne pas faire droit à notre juste requête et nous accorder votre crédit.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller général l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

LA COMMISSION.

Délégués du Syndicat : MM. Claverie, Dore, Gondre, Chabrié, Guimbaud.

Délégués de l'Association des Médecins de la Haute-Garonne : MM. E. Noguès, Julia, Boudart, *rapporteur.*

LA SEMAINE MEDICALE

Les injections sous-cutanées de sérum iodé contre la péritonite tuberculeuse.

La *Semaine Médicale* rapporte que, d'après le Dr C. Nauro Greco, assistant de M. le Dr R. Jemma, professeur extraordinaire de pédiâtrie à la Faculté de médecine de Palerme, le meilleur mode d'introduction de l'iode dans l'organisme serait l'injection sous-cutanée de sérum physiologique iodé. Notre confrère emploie la solution suivante, dont il injecte, tous les deux jours 2 cc. dans la région fessière :

Solution physiologique de Chlorure de sodium.......	200 gr.
Iode métallique................	20 gr.
Iodure de potassium..	20 gr.

Il a soumis à ce traitement, pendant deux mois et sans interruption, trois fillettes atteintes de péritonite tuberculeuse, avec ascite, alors qu'une autre petite malade était traitée par des injections sous-cutanés s d'une préparation iodée sans sérum artificiel.

Chez cette dernière patiente, malgré l'amélioration de l'état général, l'ascite continua de faire des progrès, et l'elimination chlorurée ne dépassa jamais 7 gr. par vingt-quatre heures. Au contraire, chez les trois enfants soumises aux injections de sérum iodé, le volume de l'abdomen diminua rapidement, et l'ascite disparut presque complètement, en même temps qu'il se produisait une polyurie notable, et une élimination chlorurée atteignant jusqu'à 15 gr. par jour. Toutes ces fillettes étant soumises strictement au même régime alimentaire, l'élimination hydrochlorurée, qui trahit l'amélioration de l'ascite tuberculeuse, est donc favorisée par les injections de petites doses de sérum iodé beaucoup plus que par les autres préparations iodées.

Les hydrocèles chez l'enfant.

M. le Dr Monnier, de Paris, a récemment communiqué à la Société médicale du VIIe Arrondissement, sa méthode de traitement de l'hydrocèle chez l'enfant :

« Les hydrocèles de l'enfant, dit-il, sont de deux sortes au point de vue du siège : les hydrocèles de la tunique vaginale et les hydrocèles enkystées du canal vagino-péritonéal ou kystes du cordon, de beaucoup les plus fréquentes.

Les hydrocèles de la vaginale se rencontrent plutôt chez les nourrissons, peu de temps après la naissance : assez fréquemment, elles sont doubles : le meilleur et le plus simple des traitements consiste dans l'application de compresses de toile fine, ou de gaze, imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque : on renouvelle ces compresses 2 ou 3 fois en 24 heures pendant 8, 10 ou 15 jours. Habituellement, la peau saine du scrotum tolère très bien ces applications et la guérison survient peu à peu.

Chez des enfants plus âgés, de 2 ans par exemple, l'hydrocèle prend quelquefois un tel développement qu'elle affecte la forme d'un long et volumineux kyste du cordon et remonte jusqu'à l'orifice inguinal : elle rentre alors, au point de vue du traitement, dans la seconde catégorie que nous avons à étudier.

Les kystes du cordon doivent eux aussi être subdivisés en deux classes : les petits, c'est-à-dire ceux du volume d'une grosse noisette au maximum, et les gros c'est-à-dire ceux qui dépassent plus ou moins cette taille.

Les petits sont passibles d'un traitement à la portée de tous les médecins : les injections d'alcool à 90°, après qu'on s'est assuré qu'il n'y a pas persistance du canal vagino-péritonéal. On fixe de la main gauche le kyste et on plante dedans, en évitant le testicule, une aiguille d'une seringue de Pravaz : le liquide sort par la canule plus vite que quand on aspire : et puis on ne la mobilise pas ; il n'y a donc pas à craindre qu'elle ne sorte de la cavité kystique. Celle-ci vidée, on injecte de 5 à 20 gouttes d'alcool et on obture au collodion la piqûre du scrotum.

On recommence tous les 8 jours, en augmentant un peu le nombre des gouttes : en 3 ou 4 semaines ordinairement la guérison est obtenue.

Nous préférons ce traitement à la ponction avec trocart moyen, permettant de cautériser la face interne du kyste avec un stylet cannelé contenant du nitrate d'argent fondu. La méthode est sûre, mais la réaction, un peu trop violente, demande le séjour au lit, tandis qu'avec l'alcool, l'enfant continue à marcher.

Nous arrivons à la dernière variété : kystes moyens et gros.

Pendant longtemps je me suis borné à en faire l'ablation, après incision sur la partie moyenne du scrotum. Mais la longue expérience que nous avons de la cure radicale des hernies m'a fait

craindre que la partie supérieure des vestiges du canal vagino-péritonéal, ne servît plus tard d'amorce à une hernie.

Aussi, nous adressons-nous aujourd'hui au procédé suivant : incision comme pour la cure radicale de la hernie inguinale, descendant seulement 1 cent. plus bas, dénudation de l'orifice inguinal, de ses piliers et du conduit vagino-péritonéal ou du sommet du kyste, si le cordon est limité à une oblitération de quelques millimètres seulement : attraction du kyste que l'on détache alors des éléments adjacents : testicule avec sa vaginale en bas, veines, artère et canal déférent en arrière : résection du sac et du cordon aussi haut que possible dans le canal inguinal, après ligature : enfin obturation de l'orifice inguinal au catgut par le procédé de Lucas-Championnière : c'est-à dire, en somme, cure radicale préventive d'une hernie possible. Point n'est besoin de drainer le scrotum, mais simplement la région inguinale, et pendant 3 jours seulement : un point d'attente ferme alors l'orifice cutané par où sortait le petit tube de caoutchouc.

La guérison est habituellement faite en 10 ou 15 jours.

Cette technique est aussi applicable dans les cas d'hydrocèle vaginale volumineuse, remontant à l'orifice inguinal ; naturellement l'attraction de la tumeur amène le testicule ; après avoir séparé les éléments du cordon de la vaginale distendue, on ouvre celle-ci et on ne conserve qu'une collerette qui, fermée au catgut, reconstitue une vaginale testiculaire et on résèque le reste. L'orifice inguinal est fermé par précaution.

Utilité du radiodiagnostic dans les accidents du travail.

L'*Electricité Médicale* vient de publier une très intéressante observation de M. le Dr Suquet, de Nîmes, qui montre que le radiodiagnostic peut avoir une très grosse importance dans certains cas d'accidents du travail.

Le 6 octobre 1906, M. C. martèle une pièce de chaudronnerie, dont il écrase les rivets avec l'aide de son maître chaudronnier. C'est lui qui tient le marteau à deux mains, lorsque, après avoir donné son coup de masse, une bavure du rivet se détache sous le choc et l'atteint au cou qu'il porte nu, la chemise entr'ouverte.

Le fragment de métal, projectile tranchant, pénètre, faisant à la peau, une ouverture d'environ un centimètre, oblique par rapport à l'axe du cou. La plaie laisse échapper du sang avec une certaine abondance. Le maître chaudronnier lâche de suite le marteau pour faire de la compression. Le malade sent sous le choc l'inhibition spéciale aux traumas brusques du larynx, c'est-à-dire une sensation d'étouffement et d'angoisse intense. Il reprend péniblement haleine ; arrive à ce moment le médecin de la localité qui séance tenante et après antisepsie, suture la petite plaie ; l'hémorrhagie s'arrête, mais le malade perd par la bouche une notable quantité de sang.

Dirigé sur Nîmes comme accidenté, le blessé est examiné par le docteur V... qui constate les lésions suivantes : une plaie légèrement oblique de bas en haut d'environ un centimètre de longueur, située sur le milieu du cou, suturée et en parfaite marche de cicatrisation. Lèvres de la plaie saines, ni œdème, ni rougeur. La palpation ne réveille qu'une douleur modérée et montre que la peau mobile sur les plans sous-jacents n'est bridée que très légèrement par adhérence inflammatoire. Il ne peut sentir le corps étranger dans toute la région circonvoisine.

Comme symptômes fonctionnels, le malade accuse une douleur modérée à la déglutition ; il peut cependant prendre des aliments solides ou demi-solides en les mâchant bien. La mastication n'est pas douloureuse. La phonation est intacte.

Mais l'hémorrhagie par voie buccale inquiète le docteur V... et lui affirme l'existence d'une lésion profonde ; aussi adresse-t-il le blessé au docteur C... en vue d'un examen laryngoscopique. Le miroir montre une intégrité absolue de la région pharyngée haute et rétrolinguale l'espace sous-glottique et la région trachéale haute paraissent sains. Le docteur C... conclut de son examen que le larynx n'a pas été perforé.

D'où provient donc le sang craché par le malade ?

C'est alors que les docteurs V... et C... m'adressent le blessé le 8 octobre 1906. L'examen radioscopique est aussitôt pratiqué, en leur présence, il nous montre très nettement l'existence du corps étranger, situé au devant de la masse musculairo-prévertébrale, au niveau de la cinquième cervicale. C'est la situation topographique indiquée par la *radiographie latérale*.

Une radiographie antéro-postérieure localisait le corps légèrement à droite de l'axe du cou.

Mon radiodiagnostic était donc : corps étranger d'une dimension approximative de 6 à 7 millimètres carrés, enclavé probablement dans le tissu cellulaire prévertébral et rétroœsophagien à l'union du pharynx et de l'œsophage proprement dit.

Le radiodiagnostic était d'ailleurs confirmé par la clinique, puisque, depuis l'accident, le blessé accusait une douleur à la déglutition et régurgitait une certaine quantité de sang après chaque repas.

Le malade reste en observation et vient se soumettre de temps en temps à l'examen radioscopique. Le 15 novembre 1906, il vint me trouver, me déclarant avoir craché rouge deux ou trois jours auparavant, chose qui ne lui était plus arrivé depuis plus d'un mois.

Je l'examine alors à l'écran et je trouve la région occupée antérieurement par le corps étranger libre de tout enclave.

Le corps avait dû se libérer dans l'œsophage, le jour où le malade avait eu ses dernières régurgitations sanguinolentes, c'est-à-dire 35 jours après l'accident.

Cette curieuse observation vient démontrer une fois de plus l'utilité du radiodiagnostic dans les accidents du travail, car il est bien évident que, dans ce cas, la radioscopie était seule capable de révéler l'existence et la situation du corps étranger. Je n'insiste donc pas sur ce point.

Mais ce que je voudrais retirer de cette observation, c'est la démonstration de la double utilité du radiodiagnostic : d'abord pour le blessé et ensuite pour la compagnie d'assurances,

Quelques jours après l'accident dont il avait

été victime, M. C. ne présentait plus aucune trace extérieure de blessure et était capable de reprendre son travail. Le médecin traitant, sans le radiodiagnostic, était en droit, de toute bonne foi, de le déclarer guéri, et la compagnie d'assurances de refuser, par conséquent, une indemnité. Et pourtant, M. C. était porteur d'un corps étranger, situé dans une région dangereuse.

L'œsophage, qui passe au-devant est agité par des mouvements incessants de déglutition et, comme c'est un tube septique, il pouvait se faire, à un moment quelconque, de l'inflammation septique avec abcès rétro-œsophagien et médiastinal. Il aurait pu également se produire, quelques années plus tard du rétrécissement cicatriciel,et,si le corps restant en place avait amené de la sclérose autour de lui. C'est encore la région des gros vaisseaux et des nerfs ; ce corps pouvait migrer dans leur voisinage et les blesser ou provoquer des lésions d'irritation, etc.

Pour toutes ces raisons, je n'hésiterai pas à dire que le blessé, malgré son état apparent d'intégrité organique, était atteint d'incapacité permanente, éliminant l'incapacité temporaire, car, sauf le cas d'intervention chirurgicale, qu'il refusa d'ailleurs, la destinée du corps était absolument inconnue.

En toute justice, le blessé avait droit à une indemnité : la radioscopie seule pouvait la lui faire obtenir.

Un mois après, les choses changent ; le corps étranger est éliminé, une radiographie en donne la preuve ; le blessé n'est donc plus sous le coup des complications que je signalais tout à l'heure; est-il juste qu'une compagnie d'assurances lui verse une rente pour une incapacité qui n'existe plus ?

Le médecin traitant modifie son certificat et la compagnie d'assurances, grâce au deuxième radiodiagnostic, est libérée des charges que le premier radiodiagnostic lui avait justement infligées.

De ce cas nous pouvons donc conclure que dans les accidents du travail, le radiodiagnostic est tout aussi utile pour le blessé que pour les compagnies d'assurances, et nous associant pleinement aux idées du docteur Laquerrière, nous terminerons en disant avec lui :

« Les compagnies d'assurances ont grand tort de retarder le plus possible, en cherchant à faire des économies, l'envoi à un spécialiste ;.... même en se plaçant uniquement au point de vue budgétaire, il y aurait tout intérêt à demander, presque dès le début de tout traumatisme un peu sérieux, à un spécialiste compétent et l'électro-diagnostic et la radiographie.... »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE PRATIQUE

Sur les ruptures traumatiques du foie.

La rupture traumatique du foie est toujours un accident grave, qui fait suite à l'action d'un choc intense : écrasement par une voiture, compression entre deux vagons, coup de cornes d'un bovidé, etc. Des traumatismes de ce genre peuvent naturellement causer aussi la déchirure d'autres organes, tels que la rate, les reins, l'intestin etc., ; mais c'est le foie qui semble cependant le plus exposé de tous les viscères abdominaux, par ses dimensions, par son mode de fixation, enfin par sa situation anatomique remplissant tout l'hypocondre droit, et recevant ainsi tous les chocs imprimés à cette région. En outre, c'est un organe dépourvu de fibres élastiques, et par conséquent incompressible : Si sa loge se trouve momentanément réduite dans ses dimensions, lui,au contraire, reste incompressible et se déchire, ainsi se trouvent expliquées les ruptures sous-cutanées du foie, sans lésions apparentes des téguments.

Mais, chose intéressante, ces ruptures sous-cutanées peuvent aussi se produire d'une manière indirecte par une chute sur la tête ou sur les pieds ; les ligaments sus-hépatiques tendus et résistants ne cèdent pas à l'influence de la vitesse acquise par le foie, et c'est l'organe qui se déchire.

Enfin, quand le foie présente déjà un état pathologique il suffit pour le déchirer de l'action du moindre traumatisme.

Quant au diagnostic de lésion hépatique, il n'est pas toujours facile à poser dès le début ; les signes sont ceux d'une lésion intra-abdominale, sans qu'il soit possible de dire, avant l'intervention chirurgicale, quel est l'organe touché.

Un grand nombre de blessés présentent à première vue, après une contusion grave de l'abdomen, les signes d'un shock nerveux plus ou moins grave, un complexus symptomatique qui se compose dans les cas nets de pâleur accentuée de la face, de crises syncopales subintrantes, de grande fatigue et de faiblesse, d'un pouls le plus souvent petit, mou et fréquent. Mais il n'est pas exceptionnel que ce shock passe inaperçu, que les malades continuent à marcher, pour tomber ensuite d'une hémorragie mortelle.

Le shock est précisément un sujet d'inquiétude dans les contusions graves de l'abdomen ; on sait très bien en effet, que, dans les chocs ou les coups intéressant le ventre, un shock nerveux peut apparaître sans qu'il y ait de graves lésions internes ; mais les signes de shock nerveux passent souvent inaperçus, et se confondent rapidement avec ceux d'une grave déchirure viscérale sous-cutanée. De plus, les symptômes d'une hémorragie interne ressemblent suffisamment à ceux du shock pour que souvent au premier abord il soit impossible de diagnostiquer quel est celui de ces deux accidents, en présence duquel on se trouve. Et cependant, c'est là une question particulièrement importante en raison de la thérapeutique à instituer d'urgence.

La pâleur du visage, la petitesse et la fréquence du pouls sont en effet des symptômes de shock ; mais ils caractérisent aussi l'hémorrhagie interne ; et, si, dans les deux premières heures qui suivent l'accident, ils deviennent plus nets, on peut en admettant qu'aucun autre si-

gne ne traduise une lésion interne, dire qu'il y a quelque chose de déchiré dans le ventre. Mais souvent on observe, dès ce moment, les autres symptômes d'une hémorrhagie interne : angoisse, soif, malaises, besoin d'uriner.

Une nouvelle palpation soigneuse et attentive de l'abdomen nous permettra de mieux délimiter un territoire douloureux plus ou moins grand. (La douleur peut avoir toutes les intensités, sans être pathognomonique d'une lésion hépatique). De plus il sera parfois possible de réveiller par la palpation musculaire une contraction des muscles pariétaux de l'abdomen, et cette « défense musculaire » sera plus marquée au niveau de la lésion ; elle augmentera chaque fois que l'on touchera l'abdomen. A noter que le patient devra respirer la bouche ouverte et faire des inspirations rapides et pas trop profondes. Une palpation très attentive pourra déceler ce symptôme particulièrement caractéristique. Au degré le plus élevé, on trouvera la paroi abdominale dès son apparition fortement contractée, le scrotum rétracté maintenant les testicules fixés au périnée, le pénis légèrement relevé et raccourci. La musculature lisse de l'intestin sera d'ailleurs également intéressée ; en faisant la laparotomie on trouvera quelquefois l'intestin fortement rétracté, « un intestin de chien », Cette contraction musculaire de la paroi abdominale est d'une grande importance, quand elle persiste; on la trouve exceptionnellement dans la contusion simple, mais alors elle est tout à fait passagère.

Un autre symptôme alarmant est le vomissement ; dans la contusion simple, sans lésions organiques, on ne le trouve presque jamais. Par contre quand l'estomac ou l'intestin sont blessés, le vomissement apparaît presque toujours avant que la première heure ne se soit écoulée ; c'est un peu plus tard en cas d'hémorrhagie grave ; mais il ne manque presque jamais.

Quand une demi-heure ou plusieurs heures se sont écoulées depuis l'accident, apparaît un nouveau signe cardinal, puisqu'il devient possible de déceler par la percussion le liquide épanché dans l'abdomen. Au niveau des régions les plus déclives du ventre, la sonorité est nettement diminuée dans une zône, qui s'étend en hauteur, à droite ou à gauche. De plus, la percussion permet jusqu'à un certain point de diagnostiquer l'organe lésé ; s'il y a rupture de la rate, la matité siège en haut et à gauche, et peut descendre jusqu'au ligament de Poupart. Dans les déchirures du foie. au contraire, ou bien la matité est plus également répartie des deux côtés de l'abdomen, ou bien, circonstance plus fréquente, elle n'existe que du côté droit.

Est-il possible encore de trouver, outre cette matité, une zône circonscrite de tympanisme généralement à l'épigastre, c'est qu'une certaine quantité d'air a pu pénétrer dans la partie de la cavité abdominale restée libre ; on se trouve en présence d'une blessure gastro-intestinale ; le plus souvent, il s'agit de l'estomac, car la lésion intestinale permet rarement la pénétration d'air dans la cavité abdominale.

L'apparition des symptômes précédemment énumérés est d'une importance capitale pour la thérapeutique : Ce sont, rappelons-le, la pâleur de la face ; le pouls petit, fréquent ; la grande faiblesse ; la prostration, la défense musculaire ; les vomissements, les zônes anormales de matité. Quant aux autres symptômes, ils sont d'une importance secondaire pour la thérapeutique, et ne font que rendre plus vraisemblable une rupture du foie. Les voici brièvement exposés.

Tout d'abord, c'est une douleur apparaissant dans l'épaule droite ; celle-ci est considérée comme pathognomonique, elle peut cependant manquer.

C'est ensuite l'ictère, moins constant, se manifestant du 2e au 4e jour dans un cinquième des cas environ. Quand il apparaît plus tard, il est dû à une inflammation hépatique et à la formation d'abcès. L'ulcère primitif s'explique par la résorption péritonéale d'une certaine quantité de bile.

Quelle est donc la conduite à tenir vis-à-vis d'un blessé chez lequel en présume la rupture intra-abdominale d'un organe ?

Souvent, il n'est pas possible de poser d'emblée un diagnostic ferme ; on est obligé d'attendre encore que tel ou tel symptôme devienne plus net. Mais à ce moment, chaque minute qui s'écoule est des plus précieuses et le médecin doit soigneusement examiner son blessé au moins toutes les heures. On ne saurait trop lui conseiller de pratiquer aussitôt le cathétérisme. Si la vessie est vide, ou s'il s'en écoule seulement quelques gouttes d'un sang épais, une rupture de la vessie devient vraisemblable. Mais si l'on évacue une grande quantité d'urine sanguinolente, il faut penser au contraire à une rupture du rein. Cette simple manœuvre permet donc au diagnostic de faire un grand pas.

Il est nécessaire, d'une part, de soulager le blessé, d'autre part de ne rien faire qui puisse altérer la physionomie de la maladie, qui puisse nuire au patient dans le cas de blessure grave de l'estomac ou de l'intestin.

C'est ainsi qu'on ne doit rien donner au blessé par la bouche ; il est même préférable de proscrire les liquides et les morceaux de glace, qu'il réclame constamment pour calmer sa soif. On néglige également durant les premières heures d'administrer des liquides par le rectum, car les solutions salines excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin, et font ainsi courir le risque de rompre des adhérences protectrices.

On arrive cependant à calmer la soif ardente par des injections sous-cutanées de solutions salines ; cette médication ne fait pas seulement disparaître de pénibles sensations subjectives, elle lutte, aussi, contre le collapsus et la faiblesse du cœur.

Woeckler (*Munch. Med. Wochens*) 1907, n° 33) déconseille les narcotiques, qui naturellement procurent du repos au blessé, mais aussi empêchent la défense musculaire du ventre de se produire éventuellement puisqu'ils calment les douleurs et évitent les vomissements, l'évolution de l'accident est donc obscurcie, et souvent, quand l'action de la morphine disparaît, une péritonite s'est déjà déclarée ; on a perdu le temps le plus propre à l'intervention chirurgicale.

S'il est impossible au médecin praticien d'observer son blessé d'une manière aussi suivie, qu'il l'envoie à l'hôpital sans tarder ; là seulement tous les préparatifs sont faits d'une façon permanente en vue d'une opération.

Il est indiqué d'intervenir dès qu'une rupture

du foie paraît tout à fait probable ; une certitude absolue n'est pas nécessaire ; une grande probabilité suffit.

Cette indication opératoire si large semblera bien justifiée quand on se rendra compte à quelle proportion s'élève le chiffre de la mortalité dans les ruptures du foie. Celle-ci était, en 1880, de 86 % environ pour les ruptures sous-cutanées du foie ; depuis cette année, la chirurgie a certainement amélioré cette proportion ; il n'en est pas moins vrai que tout le salut repose sur l'emploi du couteau chirurgical. Il existe certainement des cas de guérisons spontanées ; la chose est exceptionnelle ; mais en ce cas l'intervention chirurgicale n'entravera pas ces guérisons spontanées ; par contre elle sauvera de la mort le plus grand nombre des patients, atteints de rupture sous-cutanée du foie.

Pour opérer il ne faut pas attendre la disparition du shock, comme on le ferait pour une lésion des membres ; le shock, ou mieux le collapsusa, ne disparaîtra en effet qu'avec la cause qui l'a fait apparaître, avec l'hémorrhagie interne.

Quant au moyen d'assurer l'hémostase en cas de rupture du foie, il est impossible de décider en principe si l'on doit préférer la suture du parenchyme au tamponnement, ou inversement. Chaque méthode présente ses avantages, et l'on se laisse guider par les circonstances. Si la plaie hépatique est très apparente, facilement abordable, si les bords sont nets, et non pas déchiquetés, écrasés, on fera des sutures profondes du parenchyme avec du gros catgut ou de la grosse soie, complétées par des sutures superficielles. Par contre, si la plaie est plus élevée sur la face antérieure du foie, si elle est cachée derrière les arcs costaux, ou si ses bords sont écrasés, il sera plus sûr et plus rapide de tamponner, soit à la gaze iodoformée, soit à la gaze stérilisée ; le tamponnement devra être serré d'une manière suffisante pour arrêter le sang ; les tampons sont laissés dans un coin de la plaie opératoire, et le reste est sauturé par étages. Dans certains cas, il sera indiqué de combiner la suture du parenchyme hépatique et le tamponnement.

Il est intéressant de connaître une complication importante et peu citée des ruptures du foie; c'est l'élimination par la plaie d'un fragment de foie nécrosé. Celle-ci peut se produire du 30e au 54e jour (4 observations connues) et s'accompagne d'une légère élévation thermique ; la guérison ne s'en trouve pas retardée.

Dr GEORGES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prophylaxie et traitement de l'infection péritonéale par le nucléinate de soude.

MM. CHANTEMESSE et KAHN présentent une note sur la prophylaxie et le traitement de l'infection péritonéale par le nucléinate de soude, médicament qui agit en provoquant de l'hyperleucocytose.

L'organisme se défend normalement contre les agents microbiens grâce à la mise en jeu d'une fonction naturelle : la phagocytose. Beaucoup de remèdes, dont la valeur thérapeutique ne peut être contestée, doivent, ainsi, leur efficacité à la collaboration de l'hyperleucocytose qu'ils déterminent : tels la quinine chez le paludéen, le sérum anti-diphtérique chez le diphtérique, le collargol chez le pneumonique, etc.

Dans la pensée d'utiliser les propriétés connues de la nucléine comme stimulant de la leucocytose, M. Chantemesse s'est adressé à ce produit pour prévenir et traiter la péritonite par perforation des typhiques. Chez plusieurs typhiques paraissant menacés de cette grave complication — la péritonite par perforation — M. Chantemesse s'est bien trouvé de l'emploi du nucléinate de soude. Il injecte 40 cent. cubes de sérum physiologique contenant 40 centigr. de nucléinate de soude. L'injection, faite en une ou deux places (région des flancs, face interne de la cuisse) amène, au bout de quelques heures, une élévation de température et un certain degré de douleur locale. Au bout de 24 heures, la région est parfois atteinte d'une tuméfaction et d'une rougeur légères de courte durée. Deux ou trois jours plus tard, on peut faire une seconde injection et ensuite une troisième en diminuant chaque fois les doses. On maintient ainsi une hyperleucocytose favorable à la lutte entreprise contre l'état morbide.

Accidents nerveux et rein mobile.

Les opérations de rein flottant, très en faveur il y a dix à quinze ans, sont aujourd'hui beaucoup moins pratiquées. Dans un travail communiqué à l'Académie, M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE s'élève contre ce discrédit immérité. S'appuyant sur une pratique personnelle comprenant plus de 60 opérations de rein mobile, il montre que des accidents nombreux (douleurs vives, vomissements, troubles nerveux quelquefois graves, folie même) sont assez souvent en relation avec le rein prolabé et peuvent guérir par la fixation de ce rein. La gravité des troubles nerveux n'est pas une contre-indication à l'intervention ; loin de là, elle en serait une indication formelle. Il suffit, dit l'auteur, d'une opération en somme limitée et sans gravité, pour suspendre des accidents parfois formidables.

Traitement simple de quelques dermatoses chroniques de la face.

M. BESNIER lit un rapport sur un mémoire de M. JACQUET intitulé : « traitement simple de quelques dermatoses et déformations chroniques de la face. »

M. Jacquet part d'un point de vue pathogénique particulier. Il attribue à l'estomac l'origine d'un certain nombre de dermatoses faciales, acné, séborrhée, hyperhydrose, etc. Mais, tandis que, pour d'autres auteurs, M. Robin en particulier, les lésions de la peau sont dues à l'élimination, par la surface cutanée, des acides et des éléments toxiques émanés des fermentations digestives, pour M. Jacquet, ces lésions dérivent principalement de la surexcitation quotidienne, incessante, de la muqueuse gastrique qui se produit chez les sujets ayant l'habitude de manger vite et de mastiquer mal.

Ces réactions cutanées faciales, à point de départ stomacal, sont d'ordre vasculaire, et se font par l'intermédiaire du sympathique. Elles ont lieu seulement chez les individus prédisposés. L'estomac, sans en avoir le monopole exclusif, est au premier rang parmi les centres aptes à les fournir.

Ainsi, à l'origine de nombre de dermatoses du visage, on trouverait un état gastrique spécial, l'habitude de manger trop vite, que l'auteur a nommée : tachyphagie.

Conséquemment à ces données pathogéniques, M. Jacquet, au lieu de traiter l'acné et la séborrhée du visage au moyen de pommades plus ou moins compliquées, dit au malade de manger lentement, de mastiquer avec soin, de refaire son éducation masticatoire. Il a obtenu, grâce à cette seule recommandation, des améliorations importantes, qu'il a transformées, en guérison par l'emploi du massage de la face.

Application des médicaments en injection intra-veineuse.

M. Chauvel donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Darier relatif à l'application des médicaments en injections intra-veineuses.

La note de M. Darier est un chaleureux plaidoyer en faveur des injections intra-veineuses. Sur plus de 3.000 injections par lui pratiquées, notre confrère n'a jamais vu survenir d'accident. La pratique de ces injections est simple ; elle n'est ni difficile, ni dangereuse, pour peu que l'opérateur connaisse bien la technique et l'exécute avec une asepsie absolue. Un lien circulaire pour faire saillir les veines du pli du coude, une seringue bien calibrée, munie d'une fine aiguille en platine iridié qui sera flambée avant de s'en servir, rien autre n'est nécessaire. Enfonçant l'aiguille de bas en haut, dans le sens du courant sanguin veineux; le médecin s'assure par l'aspiration d'un peu de sang que la pointe est dans le vaisseau. Retirant alors le lien constricteur, il pousse lentement le piston de l'instrument, et le liquide, pénétrant dans la veine, est entraîné avec le sang.

Les avantages de l'injection intra-veineuse sont : 1° l'absence de douleur ; 2° l'absence de nodosités et d'abcès ; 3° l'absorption immédiate et complète, d'où la nécessité de commencer par des doses minimes. La crainte de la pénétration d'air dans les veines est purement illusoire ; du reste, au coude, elle n'aurait pas de danger. Plus sérieuse serait la phlébite, mais l'aiguille est aseptisée. En ayant soin d'employer des solutions très diluées et isotoniques, on évite sûrement toute altération du sang. Il vaut mieux ne pas utiliser la même veine à deux jours de distance.

Cette méthode se montre surtout avantageuse dans la syphilis, dans la syphilis oculaire grave particulièrement.

M. Chauvel, tout en pensant avec M. Darier que les injections intra-veineuses peuvent procurer dans les cas très rebelles des guérisons surprenantes, ne croit pas cependant que cette méthode soit appelée à devenir d'un emploi aussi journalier. Elle exige de l'habileté et de la prudence.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Traitement des paralysies diphtériques.

M. Comby revient sur la question du traitement des paralysies diphtériques par le sérum anti-toxique, traitement dont il a déjà antérieurement montré les bons effets. Il signale trois observations nouvelles favorables à la médication qu'il préconise.

« Tout malade, dit-il, atteint de paralysie diphtérique ancienne ou récente, quelles que soient sa forme et sa localisation, doit être immédiatement soumis aux injections de sérum anti-diphtérique.

Ces injections seront répétées plusieurs jours de suite (3, 4, 5 jours, suivant la gravité du cas), l'expérience ayant montré que la sérumthérapie en série était particulièrement efficace.

Les doses employées seront de 10 à 20 cent. cubes de sérum de Roux par injection (en tout 60, 70, 80 cent. cubes).

Cette sérumthérapie intensive n'offre aucun inconvénient. Elle est applicable à tous les malades, quel que soit leur âge, quelle que soit la forme de leur diphtérie, qu'ils aient été traités ou non préalablement, par le sérum anti-diphtérique.

M. Dopter rappelle l'utilité des pastilles de sérum de Martin pour prévenir la paralysie diphtérique du voile. Le sérum contenu dans les pastilles de Martin est, non du sérum anti-toxique, mais du *sérum anti-microbien*. L'usage de ces pastilles amène en quelques jours la disparition des bacilles qui persistaient dans la gorge : par là, elles peuvent jouer un rôle préventif des paralysies tardives du voile d'origine diphtérique.

Utilisation des courants de haute fréquence pour l'endoscopie recto-colique.

L'examen direct du rectum et de la partie terminale du côlon à l'aide du recto-sigmoïdoscope cause quelquefois des douleurs assez vives, ce qui rend alors cet examen très pénible. Pour atténuer ces réactions douloureuses, MM. Lion et Bensaude ont eu l'idée d'utiliser les propriétés des courants de haute fréquence. On sait que lesdits courants sont anesthésiants, décongestionnants et antispasmodiques. On a pu, grâce à eux, extraire des dents et extirper des hémorrhoïdes sans douleur. Ils constituent actuellement le traitement de choix des fissures de l'anus. Leur emploi, pour l'endoscopie recto-colique, facilite beaucoup la pénétration de l'instrument.

Tétanos guéri par le sérum anti-tétanique et l'acide phénique.

Une observation présentée par M. Galliard. Il s'agit d'un cas de tétanos guéri par des injections de sérum antitétanique (20 cent. cubes par jour) associées à des injections sous-cutanées d'acide phénique. Ces dernières furent pratiquées pendant 6 jours, toutes les deux heures, nuit et jour, à la dose de 0 gr. 05 en solution dans l'eau et la glycérine, soit 0 gr. 60 par 24 heures et 3gr.60 en tout. P. L.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur le massage par l'air.

Durant ces dernières années, Bier nous a fait connaître les excellents résultats thérapeutiques que nous permettaient d'obtenir tous les modes possibles de l'hyperémie. A l'heure actuelle, on sait que tous les procédés qui réalisent une excitation cutanée déterminent une hyperémie utilisable : ce sont : l'air chaud, le sable chaud, les bains de boue, la stase sanguine, l'aspiration.

Quand des chasseurs, des excursionnistes ont passé toute une journée au grand air, quand ils ont été exposés au vent, au froid, et aux intempéries, leurs figures présentent le soir une teinte ru-

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

notre part, puisque mis en mouvement par le patron, nous aurions dû appliquer le tarif local.

Réponse. — Ce que vous avez à faire est bien simple, sans avoir à vous occuper de ce que peut vous opposer la Cie d'assurance du patron de la victime de l'accident, avec laquelle, du reste, vous nous n'avez aucun lien de droit, adressez votre mémoire au patron.

Dites-lui que s'il ne vous a pas payé dans la huitaine vous l'assignerez sans autre avis, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Votre note est établie d'une façon indiscutable et ne saurait être contestée d'une façon sérieuse. Quant à la prétention de l'assureur de ne payer qu'un médecin en le chargeant de répartir la somme qui lui sera allouée entre ses deux autres confrères, par tiers, elle est simplement absurde.

Mais rien ne doit nous étonner maintenant de la part des assureurs !

Dr G., à O... — Veuillez me compter parmi les adhérents de la série D., je fais déjà partie de l'Amicale.

1. Veuillez toutefois me dire de quelle société mutuelle doit faire partie ma femme.

II. Si versant *régulièrement ma cotisation*, la pension doit toujours être de 600 fr. n'importe à quel âge aurait lieu le décès « que ce soit à la 2e année ou à la 20e ».

En attendant réponse, agréez mes sentiments distingués. O.

Réponse. — La combinaison D ne pourra commencer à fonctionner qu'en juillet 1908. Il faut, en effet 1° qu'elle soit votée par l'Assemblée générale de l'Amicale, 2° que la convention entre l'Amicale et l'Association générale des médecins de France soit ratifiée par l'Assemblée générale de cette dernière en mai 1908.

La femme devra faire partie de l'Association locale de son département ou à défaut de la Société Centrale à Paris.

La retraite est de 600 fr. quel que soit l'âge de son

Suite page X.

biconde ; ils éprouvent à la face une sensation de congestion et de forte chaleur, qui est le résultat de l'excitation cutanée produite par l'action, durant tout le jour, de courants d'air froid : c'est là une hyperémie de réaction. Cette variété d'hyperémie n'a pas encore été utilisée en thérapeutique, l'on peut se demander si elle possèderait quelque propriété dans le traitement des affections, si avant tout, elle serait suffisamment forte et persistante pour être efficace. Toujours est-il que ce fait d'observation a donné l'idée au professeur Klapp (*Münich Medecini-Wochens* 1907 n° 1) de se servir pour ses malades des courants d'une forte intensité.

L'air est déjà utilisé et rend de grands services sous la forme de douches d'air chaud ; il arrive sur le corps avec une vitesse moyenne ; l'action de ce courant sur la peau y détermine une chaleur plus grande que celle produite par l'air des étuves sèches : les températures sont plus appréciables par l'air en mouvement que par l'air au repos.

Herz en 1906 a préconisé un vent d'une vitesse de 2 ou 3 mètres et d'une température de 25° pour le traitement des cardiopathies chroniques.

Les phénomènes qui se passent quand on dirige sur la peau un violent courant d'air, qui arrive canalisé dans un tuyau d'un diamètre suffisant, sont analogues à ceux qui se produisent lorsque le vent souffle à la surface de l'eau et qu'il y détermine des ondes et même des vagues ; quand l'intensité du courant est suffisante, on obtient de véritables dépressions locales. Or, pour utiliser ces effets de l'air en mouvement, Eschbaum a construit un appareil permettant de faire naître un courant d'air, aussi intense, qu'il est possible de le supporter, l'air sort par un tuyau mobile dont le diamètre est de 8 centimètres environ ; il peut arriver chaud ou froid.

Si l'on dirige pareil courant sur la peau, on voit se produire à l'endroit touché une excavation, qui s'entoure de plissements ; le sujet sent que sa peau est assez fortement déprimée ; on obtient les effets d'un véritable *massage*, que l'on peut étendre en dirigeant le tuyau en tous sens ; mais celui-ci se distingue du massage manuel, que l'on pratiquait jusqu'alors, par ce fait qu'il s'exerce sans que l'on sente un frottement. Est-ce là un avantage ou un inconvénient ? Si l'on se place au point de vue de l'hyperémie, il semble que le massage manuel soit supérieur en raison de l'hyperémie intense, qui est due à la friction : néanmoins le massage par l'air hyperémise également, que le courant d'air, soit chaud ou froid, à noter que pour provoquer l'hyperémie réactive après le courant froid, il faut faire une courte application chaude. Aussitôt après le courant froid, on éprouve une sensation de froid intense ; il semble que les vaisseaux se soient vidés ; mais bientôt après l'application chaude, apparait une hyperémie relative qui devient plus marquée à chaque nouvelle séance de massage.

Il est difficile de se figurer les effets de ce massage, si l'on ne s'en est pas rendu compte par soi-même.

D'après Klapp, ce massage sans frottement est très utile, et voici quels sont les résultats actuels de son application en clinique.

A priori, il peut être employé dans tous les cas où le massage manuel trouve ses indications. Dans les affections douloureuses, telles par exemple les fractures récentes, il fait complètement disparaître la douleur : cependant, si celle-ci n'est pas particulièrement intense, il est recommandé de masser avec beaucoup de modération un traumatisme récent ou une fracture fraîche. Le massage manuel a l'inconvénient de tirailler le périoste et de provoquer un travail de néoformation osseuse, rien de pareil avec le massage aérien. D'une façon générale, on trouve le massage par l'air également agréable dans toutes les affections douloureuses ou non. Quand une fracture n'est pas ancienne il évite la crainte de déplacer les fragments osseux, et d'amener une consolidation vicieuse malgré une exce lente réduction primitive. Ni la macération de la peau, ni le voisinage des plaies ne sont des contre indications pour le massage par l'air. Fréquemment Klapp l'a utilisé pour faire disparaître en quelques séances des infiltrats et des œdèmes, reliquats inflammatoires; à signaler ce résultat obtenu dans la mastite.

Le massage par l'air chaud doit son efficacité à deux facteurs principaux : 1° l'action mécanique du courant, 2° son action thermique.

Si l'on alterne avec une certaine fréquence le sens du courant d'air, on obtient sur la surface du corps une série très rapprochée de chocs aériens, qui donnent la sensation du massage vibratoire. Ici encore il s'agit d'un ébranlement cutané sans frottement malgré l'intensité des chocs produits, il n'y a pas de douleur pour le malade soumis à ce mode de traitement.

PRATIQUE MÉDICALE

Mes Monstres.

I. — En 1889, nous avons publié une série d'observations de monstres qui faisait dire à quelques-uns de nos amis : mais il n'y a donc que des monstres dans votre région ! il y en a peut-être un peu plus qu'ailleurs, parce que nous exerçons dans un pays ouvrier, quelquefois pauvre et quelque peu alcoolique.

Et ils ne nous échappent point puisque notre clientèle et nos fonctions publiques nous permettent de les voir presque tous, sinon tous.

Aussi nous allons compléter notre série.

Le 18 mars 1890, nous voyons la femme M...., 27 ans, ayant eu une grossesse antérieure terminée par l'accouchement d'un garçon bien constitué. Elle vient d'accoucher pour la deuxième fois, à terme, d'un enfant mort-né et mort depuis environ une dizaine de jours dans le sein de la mère. Macéré.

Il y avait eu présentation de la face. La langue était gonflée et faisait saillie hors des lèvres considérablement boursouflées. Il n'y a pas de nez, mais à sa place trois saillies du volume d'un grain de blé séparées par de petites fentes. Les yeux, hors de l'orbite, sont fermés.

La tête est volumineuse ; la poitrine en carène, très accentuée. Les membres ont l'aspect de membres de phoque, raccourcis, ramassés, aplatis, avec des doigts rudimentaires. Toutes les extrémités osseuses font saillie sous la peau.

Hydropisie du cordon. Sexe masculin.

II. — En 1891, nous avons été appelé à constater le décès d'un enfant masculin, Fel..., âgé de vingt-cinq jours. Absence de saillie nasale remplacée par un sillon vertical formé par la peau,

et un sillon transversal situé à un demi-centimètre de la bouche avec deux pertuis probablement fistuleux, distants d'un centimètre et demi. Absence de voile du palais.

Face aplatie. Pas d'autre malformation. Volume normal ; à terme. N'a pu téter ni avaler.

III. — Le 8 octobre 1904, nous constatons le décès de l'enfant masculin Dic...., mère tripare. Enfant à terme. Anencéphale, moignon de substance cérébrale, *à nu* de la largeur d'une pièce d'un franc au niveau de la fontanelle postérieure A vécu quarante-huit heures.

IV. — Le 29 octobre 1902, nous sommes appelé à constater le décès d'un enfant mort-né chez M. Ch...

Le père est âgé de quarante ans et a deux enfants., garçon et fille, bien portants d'un premier mariage.

Sa seconde femme âgée de 34 ans est d'une bonne santé habituelle. Elle n'a jamais eu de fausse couche et a une jolie fillette blonde pleine de santé, âgée de 4 ans.

Cette femme est accouchée ce matin d'un garçon à terme dans les conditions normales, avec présentation de la tête. La grossesse avait été plutôt pénible avec de vagues malaises continuels et des vomissements assez fréquents. En ce moment, la mère a bon aspect et son état n'offre rien de particulier à signaler.

L'enfant, de volume et de poids normaux, a vécu vingt minutes.

La tête est pointue et molle avec les os du crâne rudimentaires sans aucune soudure. Le frontal ne possède guère que la partie orbitaire — pas de pariétaux — l'occipital est aussi, tout à fait rudimentaire ainsi que les temporaux. La face est normale sauf le nez qui est très cam s et raccourci à la base ; les côtes sont cartilagineuses et comme fracturées en vingt endroits.

En arrière, la région dorsale présente un spina bifida, large solution de continuité de la peau s'étendant des vertèbres cervicales aux lombaires selon une surface fusiforme de huit centimètres de longueur sur quatre centimètres dans la plus grande largeur, surface rouge parcheminée, quelque peu aponévrotique. On ne perçoit pas les épines vertébrales, mais on sent, profondément incurvée dans le sens antéro-postérieur, une induration linéaire qui doit être la colonne vertébrale rudimentaire, aboutissant, en bas, à une masse inégale, mamelonnée, sacro-lombaire. Cuisses normales. Absence de péroné à chaque jambe ; les deux pieds sont violemment tournés en varus, de telle sorte que le talon regarde en dedans, touchant la malléole interne et que la face dorsale du pied touche la face interne de la jambe, les orteils étant perpendiculaires à la crête du tibia.

Verge normale. Scrotum rudimentaire ; ectopie testiculaire complète et peut-être absence de testicules. Bras, avant-bras et mains normaux. Pas de syndactylie, ni aux mains ni aux pieds.

Comme dans d'autres circonstances, nous aurions voulu sinon faire l'autopsie, mais prendre des photographies. Mais la famille, humiliée déjà et cherchant à dissimuler cette horreur, s'y est refusée.

V. — *Anencéphale ou encéphale rudimentaire.* — En 1903, nous avons vu un enfant H..., féminin, né à terme qui a vécu vingt-quatre heures.

Pas d'os crâniens, sauf le frontal et les temporaux qui sont incomplets dans leur partie supérieure.

Ni sutures, ni fontanelles. A l'occiput, et occupant une surface osseuse qu'elle remplace, une masse aplatie, déprimée, rouge brun de substance cérébrale indurée, du volume d'une demi grosse orange.

Pas d'autre malformation. Père et mère bien portants, mariés depuis six ans. Ni grossesse antérieure, ni fausse couche.

Dr Courgey, d'Ivry.

MÉDECINE LÉGALE

L'expertise médicale et la question de responsabilité (1).

Discussion du rapport du docteur Gilbert Ballet,

Par M. le Dr Grasset

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Dans le très beau rapport qu'il a bien voulu rédiger pour le Congrès et qu'il a eu la grande amabilité de nous faire distribuer dès le 15 juillet notre éminent collègue, le docteur Gilbert Ballet, pose admirablement la question comme le Congrès de Lille le souhaitait : *en matière d'expertise mentale, les questions de responsabilité sont-elles du domaine médical* ? Et, avec sa grande autorité, le rapporteur répond nettement : non, il n'appartient pas aux médecins, mais uniquement aux magistrats de se prononcer sur la responsabilité d'un inculpé ; « les questions de responsabilité ne sont pas du domaine médical ». La réponse est aussi franche que la question est nette.

Avec la même franchise et la même conviction scientifique, je me permets de venir défendre devant le Congrès l'opinion diamétralement opposée : à mon sens, *le médecin est parfaitement qualifié et il est seul qualifié pour éclairer les magistrats sur l'irresponsabilité ou la responsabilité et le degré de responsabilité d'un sujet donné.*

1. Il n'y a que deux responsabilités, dit Gilbert Ballet : la responsabilité *morale* et la responsabilité *sociale*. La première appartient au philosophe, la seconde au magistrat ou au législateur, aucune n'est question médicale ; donc, le médecin n'a rien à voir dans l'appréciation d'une responsabilité.

Pour la responsabilité morale, nous sommes d'accord pour l'éliminer.

Quant à la responsabilité sociale, je crois que c'est une chose complexe, que la responsabilité *physiologique* ou *médicale* en est un élément et que, par suite, le médecin, s'il ne peut pas résoudre à lui seul toute la question, doit intervenir et apporter un document précieux, en étudiant cet élément spécial que, seul, il peut connaître et apprécier.

La responsabilité sociale ou *culpabilité* comprend beaucoup d'éléments divers, tels que la matérialité, les circonstances extérieures du fait, la provocation et la légitime défense, etc., toutes choses qui ne sont nullement de la compétence du

(1) XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne, 1er août 1907).

médecin. Mais il y a un autre élément, celui même que vise le magistrat quand il pose ses questions au médecin expert : ce sujet est-il ou non responsable *médicalement* ? c'est-à-dire, dans la bataille prévolitive qui a précédé le crime, était-il ou non dans les conditions physiologiques et normales pour discuter et décider cet acte? Etait-il ou non en état de « démence » au sens *actuel* de l'article 64, dans les conditions normales nécessaires pour « résister » aux forces qui le sollicitaient vers le mal ? — Voilà une question qu'il faut résoudre pour établir la responsabilité sociale du sujet. Le magistrat ne peut la poser qu'au médecin. Le médecin a donc le droit et le devoir d'y répondre.

Gilbert-Ballet nous dit que, dans cette question, le magistrat ne devrait pas employer le mot « responsabilité ». Je veux bien, pourvu qu'on propose un mot meilleur. — Ce que je me refuse à admettre, c'est que, sous prétexte que ce mot est mauvais et prête à confusion, on le supprime sans le remplacer et qu'on dise au médecin donnez-nous seulement votre diagnostic ; voilà votre seul rôle ; nous nous débrouillerons ensuite. — Pas du tout, le médecin doit non seulement dire au magistrat la maladie du sujet (s'il en a une) ; mais il doit lui dire l'influence que cette maladie a sur la *fonction-responsabilité* du sujet.

Car, et c'est là un point sur lequel je me permets d'insister, la *responsabilité médicale* (cet élément de la responsabilité sociale sur lequel le magistrat nous interroge) est une fonction de nos neurones psychiques : *la responsabilité correspond à la normalité, l'irresponsabilité à la maladie de ces neurones.*

Gilbert Ballet me reproche, avec quelque malice, de n'avoir pas indiqué les moyens cliniques d'apprécier la normalité ou la maladie des neurones psychiques. Mais, ces moyens, je n'ai pas à les lui apprendre, il me les enseignerait plutôt. Que faisons-nous quand nous examinons un inculpé, que nous analysons ses sentiments affectifs son sens moral, ses impulsions, son intelligence, sa mémoire, ses maladies antérieures, etc.? Nous essayons d'établir l'état normal ou maladie de ces neurones psychiques. Si nous n'y réussissons pas toujours, je peux bien dire que les non-médecins y réussiraient encore moins bien.

Donc, je le répète, l'expert n'a pas seulement à poser un diagnostic ; il doit dire si, comment et dans quelle mesure, cette maladie influe sur la fonction responsabilité, quelle est la responsabilité médicale ou physiologique. Cette responsabilité médicale *ne suffit pas* à établir la responsabilité sociale, mais elle est *nécessaire* aux magistrats pour qu'ils puissent établir cette responsabilité sociale.

Il me semble qu'il n'y a pas là des « distinguo subtils » comme me le reproche Gilbert Ballet, mais bien une doctrine médicale scientifique et précise.

Donc, quand les magistrats nous interrogent sur la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un sujet, nous n'avons pas le droit de nous dérober et nous avons le devoir de répondre. On peut, si l'on veut, avant de conclure, bien préciser le sens médical que l'on va donner au mot responsabilité dans ses conclusions et on doit dire ensuite nettement si le sujet examiné est responsable ou non.

2. Je passe à la notion de *responsabilité atténuée* qui est tout aussi énergiquement repoussée par Gilbert Ballet.

Certes, l'éminent rapporteur ne nie pas les faits qui motivent cette qualification : il admet très bien les malades, non irresponsables, qui sont cependant inférieurs dans la lutte contre les suggestions criminelles. Mais il ne veut pas parler pour eux de responsabilité atténuée, parce qu'il ne veut pas que le médecin prononce jamais ce mot de responsabilité.

Je crois avoir répondu à cette objection en définissant le sens médical que les experts doivent donner au mot responsabilité. Avec ce sens, la notion de responsabilité atténuée s'impose à tous les médecins; car, c'est une loi générale de la physiopathologie, applicable aux neurones psychiques comme aux autres parties du corps, qu'il y a des degrés dans la maladie ; il y a donc des degrés dans le trouble de la fonction ; si la responsabilité est une fonction ; la responsabilité atténuée s'impose comme une notion logiquement nécessaire, d'ailleurs démontrée cliniquement par les faits.

On m'objectera que tout le monde aura dès lors une responsabilité atténuée et on répètera la boutade d'Emile Faguet « ah ! oui, Demifou ! Je connais ; tout le monde l'est ! Et par conséquent je m'en f... ou plutôt je m'en demif... » ; ou celle d'Anatole France dans l'*Histoire Comique* « sur les médecins qui distinguent des moitiés de responsabilité, des tiers de responsabilité et des quarts de responsabilité et qui coupent la responsabilité par tranches comme la galette du Gymnase ».

Plus sérieusement on m'objectera les difficultés qu'il y a à doser cette atténuation de la responsabilité. Je ne les nie, certes, pas. Mais elles n'empêchent pas le fait scientifique d'être vrai et, cette appréciation difficile, c'est bien encore le médecin qui peut l'essayer dans les meilleures conditions.

Cette notion de la responsabilité atténuée est d'ailleurs acceptée par nos plus éminents aliénistes. Notre collègue Régis l'expose dans un passage que Gilbert Ballet cite avec éloge dans son rapport et mon collègue Mairet vient d'écrire : « chez ces malades qui ne sont pas irresponsables, la fonction dont la responsabilité est l'expression est trop atteinte pour que, au point de vue de la lutte, ils puissent être placés sur le même pied que l'homme normal ; leur responsabilité par rapport à celle de celui-ci est, de ce fait, amoindrie, atténuée... Les atteintes à la fonction étant plus ou moins profondes, cette responsabilité a naturellement des degrés.... Ce degré, le médecin peut s'en rendre compte. »

3. Aux raisons précédentes, qui me paraissent déjà justifier l'intervention du médecin dans les questions de responsabilité, je demande la permission d'en ajouter une autre d'ordre encore plus élevé.

Dans la doctrine de la responsabilité sociale qu'il adopte, la société, dit Gilbert Ballet, doit uniquement « se préoccuper du danger que l'inculpé, fait courir à la société dans le présent ou dans l'avenir et des moyens propres à se mettre à l'abri de ce danger ». La responsabilité et la culpabilité se confondent avec la *nuisance* ou la *redoutabilité* du criminel ; la société ne punit pas, elle se protège et se gare.

Je veux bien adopter cette doctrine, mais à

une condition absolue, c'est que, pour les *moyens de se garantir*, pour les procédés de défense, il y a des distinctions à faire entre les divers inculpés, comme le reconnaît Gilbert Ballet, si c'est au même titre, ce n'est pas « par des moyens identiques » que la société devra « se protéger... contre un criminel et contre un malade dangereux » Et alors si on accepte ces différences de traitement des divers criminels, voici un nouveau et grave rôle dévolu au médecin : lui seul peut désigner les malades et les non-malades, ceux qui sont médicalement responsables ou demi-responsables, ceux qui par suite ne méritent que la prison, ceux qui ont besoin de l'hôpital.

C'est bien là une conséquence du verdict de responsabilité et c'est bien sur des arguments purement médicaux que ce verdict peut être rendu.

Il appartient aux médecins de bien insister sur cette idée. Une des conquêtes les plus positives de la sociologie contemporaine est la proclamation indiscutée du devoir qu'a la société de soigner ses malades. Ce devoir est aussi strict vis-à-vis des malades du psychisme que vis-à-vis des accidentés du travail ou des tuberculeux, et ce devoir ne disparaît pas parce que le malade psychique aura commis un crime ou un délit. Il est inadmissible qu'on veuille assimiler un malade nocif à un animal nuisible et qu'on écrive comme on l'a récemment fait à propos d'un grand criminel : « Pourquoi dépenser l'argent des contribuables à nourrir des monstres pareils ? Quand un chien est enragé, on le tue ». Oui, quand un chien est enragé, on le tue, tandis que, quand un homme est un enragé, on le soigne, même s'il a déjà mordu et au risque de se faire mordre soi-même. Il ne faut donc pas dire, comme me l'a dit Pierre Baudin : « Nous avons un meilleur emploi à faire de notre pitié, de notre argent et de notre philosophie médicale que d'immuniser et d'hospitalier des détraqués coupables... (Ce problème) intéresse les médecins et les psychologues. Il doit laisser indifférents les juristes et les magistrats. »

Ceci ne paraît-il pas écrit au moyen âge ou même plus anciennement, à l'époque des grandes batailles de la vie des cavernes.

Pourquoi ne pas sacrifier alors tous les vieillards devenus des bouches inutiles et ne pas jeter à l'Eurotas tous les enfants souffreteux qui ne seront qu'une charge pour la société ?

Je parais m'être éloigné du rapport de Gilbert Ballet, et ce sont là des doctrines qu'il répudie et réfute par sa vie et ses écrits de tous les jours. Mais voilà où on arrive en voulant réduire le rôle et l'intervention du médecin dans ces questions de responsabilité, alors que le progrès social me paraît être si intimement lié au développement croissant et indéfini de ce rôle et de cette intervention.

Trélat a cité cette phrase écrite en 1826,à propos de l'habitude qu'ont les magistrats d'interroger les médecins sur les sujets suspects de folie : « de bonne foi, il n'est aucun homme d'un jugement sain qui n'y soit aussi compétent que M. Pinel ou M. Esquirol et qui n'ait encore sur eux l'avantage d'être étranger à toute prévention scientifique ».Et en 1907, M. Pierre Baudin écrit: « la société n'a pas à connaître du combat intérieur qui s'est livré dans l'âme du criminel au moment de la prévolition. Cela ne la regarde pas. .... Et quand la science, sortant de son domaine, aboutit à de telles conséquences, la science n'est plus qu'un paradoxe. Il convient alors de la surveiller. C'est aux magistrats de la consigner dans les laboratoires et de ne l'admettre dans les prétoires que pendant ses intervalles lucides. »

C'est donc nous qu'il faut enfermer, dont il faut se garer. Il n'y a plus qu'à employer le million proposé à la ville de Paris à constituer,pour juger la responsabilité ou l'irresponsabilité, une commission qui ne contienne aucun médecin.

Non. *La* SOCIÉTÉ *reste juge de la responsabilité* SOCIALE *d'un sujet ; mais elle ne peut l'apprécier qu'en demandant au* MÉDECIN *son avis sur la responsabilité* MÉDICALE *de ce sujet.* Si le médecin se refusait à l'éclairer sur ce point,elle ne pourrait plus traiter les criminels que comme des bêtes nuisibles, un chien enragé ou un serpent venimeux.

4. Je n'ai qu'un mot à ajouter.

Gilbert Ballet fait très justement remarquer que le mot responsabilité n'est prononcé nulle part dans la loi et il conseille de s'en tenir aux vieux texte de l'article 64.

Evidemment,il faut s'en tenir à ce texte, tant qu'il n'y en a pas d'autre. Mais il serait désirable, je crois, que la loi fût modifiée à ce point de vue et il appartient aux médecins, spécialement à ceux qui sont réunis dans ce Congrès,de formuler des vœux dont la réalisation serait peut-être moins lente que ne l'a été la réforme de la loi de 1838.

Je voudrais donc qu'au lieu de solliciter le retour pur et simple à l'article 64, les médecins demandent la *consécration par la loi de l'usage* établi par les magistrats de demander aux médecins leur avis sur la responsabilité médicale des inculpés, c'est-à-dire sur leur *santé psychique.* La loi pourrait dire nettement que, sous le nom de responsabilité, elle n'envisage ni la responsabilité morale qui lui échappe, ni la responsabilité sociale qu'elle appellerait culpabilité, mais uniquement la *responsabilité médicale* telle que nous l'avons définie. Les rôles seraient ainsi bien précisés : aux médecins on demanderait si l'inculpé est irresponsable, responsable ou a une responsabilité atténuée ; ceci serait un élément d'appréciation pour le jury à qui on continuerait à poser la question de culpabilité.

Le verdict de responsabilité par les médecins n'entraînerait pas le jugement de culpabilité, mais serait nécessaire pour que la peine ordinaire soit infligée à l'inculpé. Quand le verdict médical porterait irresponsabilité ou responsabilité atténuée, le jury devrait en tenir compte dans la fixation de la *nature* de la peine et des *conditions* dans lesquelles cette peine devrait être appliquée. Le *traitement obligatoire* dans un asile spécial pourrait être *prononcé* par les magistrats, et de cette manière la société se défendrait aussi bien des fous et des demi-fous criminels que des criminels responsables, mais sans perdre de vue son devoir de les soigner et de les traiter en même temps.

Ne pensez-vous pas, Messieurs, qu'en introduisant ces précisions dans la loi, on la rendrait plus scientifique et plus humaine, qu'en même temps nous serions bien près de nous entendre tous et que, partis avec Gilbert Ballet des mêmes principes médicaux et du même amour du malade, nous arriverions ainsi à des conclusions pra-

tiques, sinon identiques, du moins très voisines ?

S'il en était ainsi, on pourrait discuter le vœu suivant :

Après avoir lu et discuté l'important rapport du professeur Gilbert Ballet sur l'expertise médico-légale et la question de responsabilité, le XVII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réuni à Genève le 1[er] août 1907, émet le vœu :

1° Que dans la loi française soit expressément introduite la notion de responsabilité, d'irresponsabilité et de responsabilité atténuée, en précisant que ce mot est pris exclusivement dans le sens de responsabilité médicale ou physiologique ;

2° Que la loi permette que, dans certaines circonstances, le jugement ordonne, comme complément ou en remplacement de la peine, le traitement obligatoire, dans des établissements spéciaux, des condamnés dont la responsabilité a été reconnue atténuée ou abolie.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Sens.

Sens, le 15 septembre 1907.

Mon cher confrère,

Je tiens à vous communiquer les dernières modifications faites à notre tarif minimum d'honoraires, en conformité d'idée avec le Congrès.

Nous avons de plus réclamé de l'administration militaire une juste rémunération pour chacun de nos actes de présence aux commissions de réforme de la place de Sens.

Sentiments cordialement dévoués,

D[r] BAILLY-SALIN.

Addition au tarif minimum des médecins de Sens (publié le 9 juillet 1903).

Les membres du Syndicat médical de l'arrondissement de Sens et médecins de Sens soussignés ont décidé d'apporter les modifications qui suivent au tarif habituel de leurs honoraires :

I. *En ville*, le prix de toute visite *exigée* le *dimanche* ou les jours de *grande fête* sera porté à 3 fr. pour la clientèle de la classe ouvrière, à 4 francs pour la clientèle des autres classes.

En campagne, le prix de la visite sera uniformément majoré de 3 francs.

II. *En ville et à la campagne*, le prix de toute visite d'*urgence*, c'est-à-dire de celle à propos de laquelle le départ du médecin sera *exigé* immédiatement, et toutes affaires cessantes, subira la même majoration que celui de la visite du dimanche.

En ville, sera également considérée comme visite d'urgence et taxée comme telle toute visite *exigée* entre 7 heures et 10 heures du soir.

Sens, le 25 juillet 1907.

Docteurs BAILLY-SALIN, CAILLET, DEVILLIERS, DODET, FABRE, LARCENA, LORNE, MOREAU, PERRONNE, PERROS, PICQUET.

Syndicat médical de Tourcoing et de ses cantons.

Dans sa séance du 20 juillet 1907, le Syndicat médical de Tourcoing a adopté à l'unanimité l'ordre du jour proposé par le docteur Coppens à l'assemblée générale de la Fédération, tenue à Cambrai le 7 juillet.

Sur la proposition du docteur Catteau, il y a ajouté les conclusions suivantes, adoptées aussi à l'unanimtié :

D) En ce qui concerne le nouveau diplôme :

1° Aucun syndicat ne recevra parmi ses membres un docteur en médecine se faisant gloire d'un de ses « diplômes spéciaux » ;

2° Les médecins praticiens sont invités à refuser tous rapports avec les « docteurs à diplômes spéciaux ».

Pour le Syndicat médical de Tourcoing et par ordre.

Le Secrétaire : D[r] DECOUVELAERE.

Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.

Compte-rendu du Banquet du 7 juillet 1907, à Cambrai.

A 3 heures a lieu à l'hôtel Boissy, sous la présidence du D[r] Gairal, le banquet où se pressent plus de soixante-dix convives. Le D[r] Lambin, retenu par son devoir professionnel, arrive au milieu du repas et reçoit les félicitations de tous.

Au dessert, le D[r] Bombart, remercie les D[rs] Gairal, Caudrelier, Noquet, Lemoine, les présidents et les membres des Syndicats voisins en un remarquable discours vivement applaudi.

Le président de la Fédération remercie le Syndicat de Cambrai et salue tout particulièrement le D[r] Gairal.

Le D[r] Gairal à son tour prend la parole pour remercier et la Fédération et le Syndicat de Cambrai. Il espère que la Fédération entrera dans l'Union des Syndicats et lui promet une représentation proportionnelle au nombre des adhérents et aux intérêts qu'elle défend.

M. le professeur Lemoine, dans une improvisation magistrale, annonce qu'il parlera non en professeur mais en syndiqué, ayant, dit-il, l'habitude de quitter son titre en entrant aux réunions syndicales.

Il regrette que son état de santé l'ait empêché de se rendre au Congrès des Praticiens.

Il y aurait dit ce qu'il pense de la situation actuelle des Facultés et des Praticiens.

Les unes et les autres ne se comprennent plus, parce qu'ils ne parlent pas le même langage.

La Faculté se laisse envahir par les gens de laboratoire, médecins ou non, qui ont transformé cette dernière à un point tel qu'on n'y fait plus de médecins,qu'on n'y cherche plus à étudier la pratique de l'art médical, mais à y faire de la science et rien que de la science abstraite.

Les Praticiens, d'autre part, s'organisent et

forment une puissance qui veut obtenir et qui obtiendra un enseignement plus conforme à ses fonctions.

Qu'importe qu'un jeune médecin s'installe, maniant un microscope dans la perfection, s'il n'a jamais réduit une fracture, posé un appareil, pratiqué un accouche mnt.

La Cour autrefois ne comprenait pas les réclamations du peuple et s'en étonnait... la Révolution suivit...

Le peuple des Praticiens s'organise et réclame des réformes : on ne veut pas l'entendre, on ne le comprend pas, la révolution viendra, la clinique, telle que la comprenaient Trousseau et Grisolle, reprendra la place qu'elle doit occuper, fera des praticiens, et la Faculté rendue à ses seuls laboratoires se contentera de délivrer des diplômes, de cultiver la théorie, laissant à d'autres le soin de faire des vrais médecins, des praticiens laborieux et instruits.

M. le professeur Lemoine est vivement applaudi et félicité ; la situation est bien, de l'avis général, telle qu'il la dépeint ; aussi la séance se termine-t-elle sur ce cri : Vive Lemoine et Vive le Congrès des Praticiens.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Nous publions ci-après un jugement du Tribunal de paix qui fait application des règles juridiques indiscutables — et qui pourtant ont été méconnues par certains tribunaux — dont le «Sou médical» s'est fait le vulgarisateur à l'aide de nombreuses consultations, indiquant les décisions de jurisprudence relatées dans le jugement du tribunal de Vanves, et émanées de Me Gatineau, son conseil. Voir consultation publiée dans *Concours*, 1905, n° 6, p. 95. Jugement du tribunal civil de Nantes, 24 janvier 1905, *Concours Médical*, 29 avril 1905, n° 17, p. 270, et 23 juin 1905, n° 25, p. 400.

Ce jugement, émané d'un tribunal de première instance, avait été obtenu avec l'aide du « Sou Médical ».

Justice de Paix du canton de Vanves.

Jugement du 16 avril 1907.

Responsabilité des enfants pour soins donnés à leurs parents dans le besoin (art. 205, c. civ.)

Entre M. D., docteur en médecine demeurant à S. C.

Demandeur

Et M. C., demeurant à M.

Défendeur

Point de Fait.

Suivant exploit du douze avril mil neuf cent sept,

Le Dr D., a fait citer le défendeur à comparaître devant nous à la présente audience, à deux heures de relevée, défaut de suite, pour :

Attendu qu'au cours de l'année mil neuf cent quatre, M. le docteur D., a donné ses soins à Mme C., mère du sus-nommé, et que la note de ses honoraires s'élève à la somme de cent quarante et un francs.

Attendu que le cité doit être tenu au paiement de cette somme en tant qu'héritier de feu Madame C.

Qu'il n'est pas à la connaissance du requérant que le sieur C. ait renoncé à la succession de sa mère.

Attendu au surplus qu'au cas où par impossible et pour tout prévoir, le sieur C. aurait renoncé à la succession de la *de cujus* et rapporterait la preuve de cette renonciation, cette précaution ne saurait le soustraire au paiement de la somme réclamée.

Attendu, en effet, qu'au moment où le docteur D. a été appelé à donner ses soins à Madame C. mère, celle-ci se trouvait dans le besoin et était en droit aux termes de l'article deux cent cinq du Code Civil de demander aide et assistance à son fils.

Que la prestation alimentaire à laquelle était tenu M. C. sus-nommé, s'étendait non seulement aux faits proprement dits d'alimentation mais encore à ceux ayant pour objet les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie (Tribunal Civil de Toulouse, deux juin mil neuf cent quatre. *Gazette des Tribunaux* du vingt-cinq septembre mil neuf cent quatre.)

Attendu que cette obligation personnelle à laquelle était tenu M. C., survivrait donc à toute renonciation à succession de sa part, et que le docteur D. n'en conserverait pas moins son action comme «negotiorum gestor» puisqu'en donnant ses soins à feu Madame C. il a acquitté pour le compte de son fils une partie de l'obligation alimentaire qui lui incombait (article mille deux cent trente-six, C. C. Cour d'Aix, deux juin mil neuf cent quatre, Journal *Le Droit*, seize juin mil neuf cent quatre); que Monsieur C. doit donc, en tout état de causes être condamné au paiement de la somme réclamée.

Par ces motifs,

S'entendre, Monsieur C., condamner à payer au requérant la somme de cent quarante et un francs avec intérêts de droit et tous les dépens.

Sous toutes réserves, requérant intérêts et dépens.

La cause en cet état a été placée au rôle, et à son appel à la présente audience, les parties ont été entendues en leurs explications et conclusions respectives.

Le sieur C. a reconnu que le docteur D. avait donné des soins à sa mère.

Que sa mère est depuis décédée, et qu'il n'a pas renoncé a sa succession.

Et déclare invoquer la prescription.

Le sieur D. a maintenu les conclusions de sa demande.

Après quoi, il a été statué comme suit :

Nous, Juge de Paix,

Vu l'exploit introductif d'instance en date du douze avril mil neuf cent sept enregistré,

Ouï les parties en leurs dires, moyens et conclusion respectifs ;

Attendu que le défendeur reconnaît que le docteur D. a donné ses soins à sa mère pendant sa dernière maladie.

Attendu qu'il ne justifie pas avoir renoncé à la succession de sa mère ; que c'est donc à bon droit que le sieur D. le recherche pour le paiement des honoraires qui lui sont dus ;

Attendu d'autre part que nous puisons dans les débats et les documents de la cause les éléments suffisants pour apprécier équitablement le litige qui nous est soumis.

Par ces motifs.

Statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort.

Condamnons le sieur C. à payer au sieur D. la somme de cent quarante et un francs pour les causes sus énoncées, le condamnons de plus aux intérêts et aux dépens, liquidés à cinq francs quatre vingt-quinze centimes, en ce non compris le coût ni l'enregistrement du présent jugement.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Pour les résultats de la propagande.

Oyonnax, le 23 septembre 1907.

Mon cher Confrère,

Je prends le parti de vous envoyer moi-même les adhésions que je puis faire. J'en suis pour les frais de timbres et de mandats ; ma foi, tant pis ! Mais beaucoup de Confrères auprès desquels j'ai, à plusieurs reprises, insisté sur les avantages des œuvres professionnelles, me promettent de vous adresser leurs adhésions *que j'ai obtenues* et ne le font jamais par oubli ou par indifférence. Je préfère leur faire signer, séance tenante, les formules nécessaires et me charger du soin de vous les transmettre. En second lieu, beaucoup sont arrêtés parce qu'il faut envoyer un bulletin au Concours, un autre au Dr Gassot, un autre au Dr Mignon, etc. Ne serait-il pas possible d'indiquer que ces bulletins doivent être adressés ou au Concours Médical ou au secrétaire général de chacune des œuvres ? Quitte ensuite à vous de faire la ventilation entre tous ces papiers. Moi tout le premier ne l'ai-je pas souvent fait ? Cette simplification faciliterait l'adhésion des endormis.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de ma respectueuse sympathie.

Dr Boudin.

Réponse. — Dans la réalité les choses se passent très souvent comme le demande notre dévoué correspondant. N'empêche que la correspondance directe entre le Sociétaire et les secrétaires ou trésoriers serait une simplification méthodique et une économie de temps et d'argent.

ASSISTANCE MÉDICALE MUTUELLE

Veuves et orphelines de médecins.

Assistance par le travail.

L'Association Générale des Médecins de France est une des plus importantes Sociétés de Secours Mutuels. Fondée il y a une cinquantaine d'années, elle compte aujourd'hui 9.000 membres répartis en plus de 80 Associations locales, elles-mêmes réunies en une Fédération dirigée par un Conseil Général.

Créée en vue de donner aux médecins atteints par l'âge, les infirmités ou des malheurs immérités des secours ou une retraite les mettant à l'abri des besoins matériels les plus urgents, elle s'est peu à peu développée et, malgré la modicité de la cotisation statutaire, 12 francs par an, elle est arrivée à posséder soit dans les caisses locales, soit dans la caisse centrale, une fortune globale de près de cinq millions. A la vérité, une bonne partie de cette somme a été constituée par des legs et des dons volontaires.

Les fondateurs de l'Association avaient uniquement en vue de secourir les confrères malheureux ; mais l'expérience a rappelé qu'à côté du médecin il y avait la famille et, étant donné le milieu social dans lequel se recrute la majeure partie du corps médical, l'Association a été sollicitée en faveur des veuves et des orphelins laissés par le médecin frappé prématurément au cours de sa carrière.

Les Sociétés locales ont fait ce qui était en leur pouvoir sur leurs ressources annuelles. La Caisse centrale leur est venue en aide, mais bientôt est apparue la nécessité de constituer un fonds spécial pour parer aux obligations de ce mode d'assistance.

En 1896 a été créée une Caisse des Veuves et Orphelins qui possède actuellement un capital de près de 400.000 fr. dont les revenus servent à parfaire, en les doublant habituellement, les allocations votées par les Sociétés locales aux Veuves et Orphelins.

Malgré l'accroissement incessant des secours ainsi alloués chaque année, les besoins apparaissent plus urgents et plus nombreux et le Conseil général de l'Association a dû se préoccuper de trouver des ressources nouvelles en rapport avec ces besoins.

Ainsi en 1906, le docteur Bouloumié présentait un rapport sur l'assistance par le travail pour les veuves et les orphelins des membres de l'Association générale des Médecins de France. Les conclusions de ce rapport ont été approuvées par le Conseil général et un Comité de Dames patronnesses créé par la Société Centrale (Société locale de la Seine). Ce Comité, composé de 14 dames, toutes femmes ou filles de médecins, membres de l'Association, recherchera soit des travaux temporaires, soit des emplois permanents pour les veuves et orphelins de médecins

Parmi les occupations qui peuvent convenir aux membres de la famille d'un médecin, se présentent tout naturellement à l'esprit celles qui ont un caractère para-médical, les femmes de médecins étant fréquemment associées par leurs maris à leurs travaux professionnels.

Combien, en effet, des femmes de médecins exerçant à la campagne, ont l'occasion, en attendant le retour du mari en tournée, de prodiguer aux malades et aux blessés, avec des consolations, les premiers soins d'urgence peu à peu connus et appris dans la pratique de chaque jour. Combien parmi elles, dans les régions où l'éloignement des officines fait un devoir au médecin de distribuer les médicaments à sa clientèle ont, à côté des soins du ménage, le devoir de procéder à la préparation et à la distribution de ces médicaments.

On voit souvent dans les journaux de médecine des demandes d'emplois émanant des veuves et d'orphelines de médecins sollicitant des places dans les Sanatoriums, les Maisons de santé, les Etablissements hydrothérapiques, etc.

Au moment où l'on comprend en France enfin combien il est nécessaire d'avoir comme personnel soignant dans les hôpitaux, dans les cliniques aussi bien que dans la clientèle privée, non pas des personnes inspirées seulement par l'esprit de dévouement et de sacrifice ou, plus prosaïquement, par la nécessité de gagner leur vie, mais d'un personnel spécial, très instruit, très bien élevé, d'ex-

cellente tenue à tous les points de vue, il paraît clairement qu'il y a là une carrière pour ainsi dire prédestinée aux personnes appartenant déjà en quelque sorte au Corps médical.

C'est sous l'influence de cette idée que j'ai proposé au Conseil général de l'Association des Médecins de France d'indiquer à toutes les personnes qui solliciteraient son appui la carrière de garde-malade hospitalière, de Nurse, comme pouvant leur assurer un avenir honorable.

L'Ecole des gardes-malades du Tondu a déjà, par la force même des choses, reçu des demandes provenant de parentes de médecins. Deux veuves de médecins, une fille de pharmacien, deux filles de médecins, deux sœurs, de médecins, ont été soit élèves gardes-malades, soit stagiaires-économes à l'Ecole et poursuivent actuellement avec sécurité et satisfaction la profession qu'elles ont embrassée.

Le Président de l'Association des Médecins de France, mon excellent ami le docteur Lereboullet, a bien voulu, visiter l'Ecole du Tondu, et, faisant part au Conseil général de l'impression laissée dans son esprit par cette visite, il disait :

« Parmi les Nurses de cette Ecole se trouvent « une veuve et une fille de confrères... Ce sont « des emplois qui conviennent parfaitement aux « personnes que nous avons mission d'assister. « Il ne s'agit plus là en effet d'une fonction de « simple garde-malade salariée, mais d'un rôle « d'infirmière officielle qui sied à une femme « voulant sans déchoir devenir l'auxiliaire du « médecin. On trouve parmi ces infirmières du « Tondu et en particulier à leur tête, des femmes « tout à fait remarquables. »

Et le Président recommandait à ses Collègues l'Ecole du Tondu comme pouvant offrir un débouché aux veuves et filles de médecins obligées, par la mort prématurée du mari ou du père, de se créer une situation.

Le Comité des Dames patronesses de la Société Centrale a une belle œuvre à accomplir. En orientant les veuves et les orphelines de médecins, vers la carrière de garde-malade, ce Comité contribuera puissamment au relèvement et à la rénovation du personnel soignant des hôpitaux.

Le mouvement d'opinion qui se fait depuis quelques années autour de la question des infirmiers et infirmières des hôpitaux a eu certainement d'excellents résultats, mais il a eu aussi pour effet de détourner de la recherche du progrès un certain nombre d'esprits trop enclins à se faire une opinon de surface et à n'écouter que leur première impression.

Si des veuves et des filles de médecins entrent résolument dans la carrière de nurse, de garde-malade hospitalière, on verra bientôt le personnel laïque de nos hôpitaux faire taire toutes les critiques, dissiper toutes les préventions et s'imposer au respect de tous tant par ses hautes qualités morales que par son habileté professionnelle.

Parmi les solliciteuses qui se sont déjà adressées au Comité des Dames patronnesses, bon nombre se croient par le fait seul de la modeste pratique dont j'ai parlé tout à l'heure, aptes à remplir les fonctions d'infirmières, de gardes-malades de surveillantes, etc. Le risque est gros de vouloir occuper des postes semblables sans instruction spéciale préalable.

Les personnes encore jeunes, je veux dire par là au-dessous de 35 ans, ont largement le temps d'apprendre réellement la profession de garde-malade hospitalière.

Quant aux autres, elles peuvent prétendre aux emplois administratifs : économes, intendantes, dépensières, suivant les organisations propres à chaque contrée ; mais là encore il faut un apprentissage.

Aux premières je dirai : entrez dans une école de gardes-malades, prenez vos grades, conquérez le diplôme et, après deux ans d'études vous aurez rapidement, je peux vous en fournir de nombreux exemples, un emploi qui assurera votre avenir.

Aux autres, je conseillerai de faire un stage dans un établissement hospitalier bien organisé, de se mettre au courant des divers services que comporte ce « gros ménage » suivant l'expression chère à Mlle le docteur Anna Hamilton, gros ménage dont on se fait une idée incomplète quand on a seulement pratiqué dans le foyer familial. Celles qui suivront ce conseil pourront être certaines de rendre d'éminents services dans les hôpitaux ou hospices qui feront appel à leurs concours.

Le patronage de l'Association générale des médecins de France aura, j'en suis convaincu, une influence considérable sur l'avenir du personnel soignant des hôpitaux. Quand malades, étudiants, médecins, sauront qu'ils ont à côté d'eux, parmi ce personnel secondaire empressé à les secourir, à les assister, à assurer l'observation rigoureuse de leurs prescriptions, des femmes appartenant à la famille médicale, veuves, filles ou sœurs de leurs maîtres, de leurs camarades, ou de leurs élèves, ils ne manqueront pas d'entourer de respect cette corporation qui constituera vraiment alors une branche de la famille médicale.

Je donnerai volontiers à tous les Présidents et Secrétaires Généraux des Sociétés locales les renseignements complémentaires qui leur paraîtraient nécessaires pour guider les veuves et les orphelines de leurs sociétaires dans la voie que je leur signale.

Dr LANDE (Bordeaux).

Vice-Président de l'Association Générale des Médecins de France.

Nous rappelons à nos confrères, que « *La garde-malade hospitalière* » 96 bis, rue Laroche, Bordeaux, est l'organe créé sous le patronage de M. le Dr Lande et de M. le Dr Regnault. Le « Concours » a publié son programme, dans le nº 45. *Concours médical*, 1906. (Reportage.)

REPORTAGE MÉDICAL

Création de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — La création de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris mérite d'être signalée à nos lecteurs qui y prendront certainement un intérêt fort direct, ayant depuis longtemps apprécié les bienfaits de cet enseignement libre.

De tous temps, l'enseignement supérieur libre a joui à Paris d'une grande vogue, et les hôpitaux de Paris ont été les témoins d'un enseignement libre fort étendu, dans lequel nombre de nos prédécesseurs ont acquis une véritable célébrité.

L'organisation des hôpitaux de Paris est tel que son personnel soit essentiellement préparé à cet enseignement. Le concours, qui a ses défauts comme toute institution humaine, mais qui a surtout de nombreux avantages, a celui de préparer ceux qui

l'ont subi à enseigner aisément, sans nouvel effort, au grand avantage de la diffusion scientifique.

Leur professorat ne saurait être que fort utile aux malades eux-mêmes, quoiqu'en puissent dire bien des gens peu au courant des habitudes hospitalières.

La venue du public médical dans les salles d'un service bien tenu est la meilleure garantie que l'on puisse donner au malade de la régularité des soins qui lui sont dus.

Ce n'est un mystère pour personne que partout où l'enseignement est donné régulièrement, les fonctions du chef de service et de tous ses aides sont particulièrement régulières. Les interventions sont sans mystères et par conséquent la sécurité du malade ou du blessé est bien assurée.

Il n'y a donc pour le malade lui-même que des avantages à ce que l'enseignement prenne un développement important.

Or, cet enseignement libre existe, mais il existe isolé, sans programme connu, sans qu'une publicité quelconque apprenne aux intéressés, c'est-à-dire aux médecins et aux étudiants quelles sont ses tendances, quelles sont les époques de l'enseignement, quelles sont même les heures. Si chez nous on est mal informé, à l'étranger on ne connait que quelques individualités et pas du tout son ensemble. La séparation entre l'enseignement de la Faculté et cet enseignement non officiel est fort mal interprétée et fort mal connue.

Ces inconvénients sont depuis longtemps si manifestes qu'à diverses époques on a fait des tentatives pour grouper les chefs de service des hôpitaux de Paris, pour coordonner cet enseignement et pour lui faire rendre ce qu'il doit produire, c'est-à-dire une œuvre de diffusion scientifique d'incalculable portée, développée en pleine liberté.

On a toujours échoué, selon moi, parce qu'on a voulu copier la Faculté, lui faire une concurrence. On a voulu faire une nouvelle Faculté avec, dans l'avenir, la distribution des grades ; et le prétexte des nécessités de décentralisation a été invoqué.

Je suis convaincu pour ma part que l'erreur était là.

La meilleure preuve du peu d'intérêt de cette décentralisation est que les pays qui, comme l'Allemagne et l'Angleterre, jouissent de la décentralisation à outrance, se donnent comme but actuel de centraliser le plus possible, et de développer même à l'excès certains centres déjà prédominants et cela aux dépens des autres.

Je pense donc qu'il n'y avait aucun intérêt à créer la *Faculté des hôpitaux*, en ajoutant ainsi aux difficultés au milieu desquelles la Faculté doit lutter et qui sont bien mises en relief actuellement.

Mais, s'il n'y a aucun intérêt à créer un organisme nouveau destiné à donner l'enseignement intégral de la médecine et à colliger les grades, il y a un grand intérêt à ce que toutes les branches d'une science qui s'émiette fatalement par le progrès même, soient représentées à côté de la Faculté jusque dans leurs détails et leurs divisions les plus multiples.

Or, que fait et que peut faire l'enseignement libre? C'est précisément, en l'absence d'un programme général et forcé, de donner à chacun des enseignements partiels toute la diffusion possible.

De fait, c'est déjà ce qui existe actuellement.

Il suffit de connaître un peu l'enseignement hospitalier qui se fait actuellement, en dehors de la Faculté, pour se rendre compte que chacun consacre soit son temps et ses leçons à des sujets favoris et toujours les mêmes, soit par périodes, cherche à fouiller un champ nouveau et toujours étroit de la pathologie ou de la thérapeutique.

Chacun constitue ainsi une spécialité dans la spécialité et, sans programme imposé, enseigne, avec une liberté d'allure que le professeur officiel, qui a charge d'âmes, pourrait on dire, ne peut se permettre.

Or, la Société nouvelle est fondée pour donner à cette forme de l'enseignement une vie intense.

Elle en fera connaître les programmes par toutes les sources de publicité régulière.

Elle incitera de nouveaux collègues à y participer.

L'union permettra une coordination de cet enseignement, soit entre les hôpitaux, soit dans un hôpital. Car nous verrons bientôt un hôpital tout entier grouper tous les enseignements qui peuvent être donnés et les répartir de façon à ce que l'étranger aussi bien que l'élève de l'hôpital puissent en profiter.

Jusqu'ici cet enseignement hospitalier a été donné surtout par des chefs de service arrivés à une certaine notoriété ou placés définitivement dans des hôpitaux du centre.

La Société se préoccupe de donner aux plus jeunes, c'est-à-dire à ceux qui viennent d'être nommés aux concours et n'auront que plus tard une installation hospitalière définitive, l'occasion d'enseigner dans un centre qui leur sera ouvert et dont l'importance croîtra avec le développement de la Société.

Non seulement cette association, poursuivant son œuvre, ne pourra ni nuire ni faire concurrence à la Faculté de Médecine, mais elle constituera une aide, une sorte d'annexe volontaire, où souvent pourra se développer l'expérience de l'enseignement pour ceux qui ne sont pas pourvus de chaires.

Ce rôle est si bien compris que le professeur Debove, l'éminent et libéral doyen de la Faculté de Médecine, nous a assuré de sa sympathie pour notre œuvre et plusieurs professeurs ont bien voulu nous encourager.

Le professeur Lannelongue, qui préside la grande Commission de réforme de l'enseignement médical, nous a encouragé de toute son autorité.

Au moment où nous avons travaillé à cette création, nous n'avons pas d'abord fait appel aux agrégés pour ne pas les compromettre dans notre création, si elle était tout d'abord mal jugée. Mais aujourd'hui que notre but est bien connu et bien clairement apprécié, nous sommes heureux de les voir se joindre à nous, comme tous nos autres collègues des hôpitaux.

Parmi les encouragements que nous avons reçus, nous devons placer au premier rang celui du savant directeur de l'Institut Pasteur, M. Roux.

L'Institut Pasteur ne représente pas seulement le groupement de savants illustres dans le monde entier, mais le prototype de l'enseignement libre. Aussi l'approbation de son directeur nous est tout particulièrement précieuse.

M. le Directeur de l'Assistance Publique a bien voulu nous assurer de sa bienveillance envers notre œuvre, en nous rappelant toutefois les règles si justes que les Maîtres dignes de ce nom sont les premiers à faire suivre : « ne rien coûter au bien des pauvres et ne faire supporter aucune gène au malade du fait de l'enseignement ». Ce sera la règle de l'association comme cela est depuis longtemps la règle pour chacun de ses membres en particulier.

Comme nous tenons à ce que le but de cette création soit très sincèrement exposé, nous publions ici la lettre par laquelle nous avons convoqué les fondateurs de l'association, lettre qui était destinée à bien fixer le but poursuivi, lettre qui a été approuvée par chacun des fondateurs, et qui nous a déjà valu plusieurs adhésions qui se multiplieront encore dès notre premier fonctionnement, que nous espérons réaliser pour le mois de mai prochain ; à ce moment, nous donnerons la liste complète de ses membres et du programme de leur enseignement.

Mon cher collègue,

Nous vous communiquons les statuts d'une association d'enseignement hospitalier en voie de formation à laquelle nous serions très heureux de vous voir adhérer.

Un groupe de collègues a estimé que le moment est favorable pour donner à l'enseignement hospitalier une expansion et une publicité qui lui manquent.

Nous avons pensé à faire un groupement qui ne veut pas avoir la prétention de former une école, son principe premier étant justement la liberté absolue pour tous ses membres de comprendre leur enseignement et de le limiter comme ils le veulent.

Nous constatons toutefois que dans l'enseignement hospitalier chacun de nous professe de préférence sur des sujets familiers et favoris qui constituent un grand nombre d'enseignements spéciaux, d'études originales et personnelles que le public médical de tous pays a le désir de connaître et de suivre.

Tandis qu'à l'étranger (Amérique, Allemagne, Angleterre, Autriche), le programme de ces enseignements spéciaux est publié avec beaucoup de soin, tandis que les cours de spécialités y sont organisés de façon à offrir aux médecins et aux étudiants des cycles connus, des organisations habituellement payantes et très recherchées, chez nous quelques rares affiches, sans programmes et sans indications précises, sont tellement insuffisantes que les Français les connaissent peu et que les étrangers n'ont souvent aucune idée des facilités qu'ils trouveront pour suivre les professeurs qu'ils sont réduits à connaître par leurs publications et dont ils souhaiteraient souvent de suivre l'enseignement particulier et surtout la pratique hospitalière. Cet enseignement individuel serait d'autant plus profitable pour eux que, grâce à nos concours, l'habitude de professer est incomparablement plus générale chez nous qu'en aucun autre pays.

Nous avons pensé qu'en nous groupant, nous pourrions donner à notre enseignement hospitalier une publicité qui lui a été inconnue jusqu'ici, que nous pourrions en coordonner les programmes au moins pour les faire connaître, et pour réaliser leur publication.

Nous avons pensé que nous pourrions faire mieux encore, en mettant à la disposition de nos collègues un centre d'enseignement où ils viendraient à l'occasion exposer les questions d'un intérêt très capital, sans préjudice de leur enseignement hospitalier qui en recevrait une consécration.

Nous avons pensé surtout que ce centre que nous voulons créer serait une ressource d'enseignement précieuse pour nos jeunes collègues qui ne sont pas encore pourvus de services, et qui sont néanmoins pleins d'ardeur pour enseigner, et constitueront pour notre association les meilleurs éléments de recrutement.

Pour eux, comme pour nous, le principe sera la liberté absolue de l'enseignement et la liberté absolue de la forme de l'enseignement.

Suivant les prédilections de chacun, cet enseignement sera gratuit, comme c'est chez nous la coutume la plus commune, ou sera payant comme la chose existe presque toujours à l'étranger.

Nos plus jeunes collègues pourront là trouver des sources de gain très sérieux et respectable.

Comme cette association n'a pas la personnalité ni les devoirs d'une école, nous avons prévu le cas dans lequel le succès de l'association et la diffusion de la science pourraient bénéficier de la parole de personnes qui ne seraient pas membres de la Société. Cet appel à des savants étrangers à l'institution, ou même étrangers au pays, rendrait à l'occasion des services que l'on ne peut demander à des institutions plus homogènes et régulièrement constituées.

Nous insistons, en terminant, sur ce point pour bien affirmer qu'il ne s'agit, pour aucun de nous, de la pensée de faire une concurrence quelconque à l'enseignement officiel, tel qu'il est nécessaire dans une Faculté en vue des examens et de la collation de grades ou de diplômes, mais de grouper les ressources éparses d'un enseignement complémentaire, ressources telles que peut-être aucune ville au monde n'en peut offrir comme Paris, sans que jusqu'ici on ait rien fait pour les faire connaître ni pour les développer.

Ces statuts ont été rédigés et vous sont présentés par une commission composée de : MM. Babinski, Beclère, Boissard, Hirtz, Richardière, Rist, Sergent, Variot, Villemin, Lucas Championnière.

Les fondateurs de cette association ont adhéré aux statuts, qu'ils ont acceptés, ont nommé les membres de cette commission provisoire membres du comité-directeur pour 1907, en leur joignant les docteurs Souques et Labey, et ce comité a constitué pour 1907, son bureau de la façon suivante :

Président, Dr Lucas-Championnière ; vice-présidents, Drs Babinski et Variot ; secrétaire général, Dr Souques, secrétaire-général adjoint, Dr Labey ; trésorier, Dr Sergent.

La convention sanitaire internationale de 1903. — Le *Journal officiel* du 1er septembre donne le texte de la convention sanitaire internationale de 1903 qui va entrer en vigueur. La place nous manque pour reproduire ce long document. Notons seulement que, contrairement à une affirmation sensationnelle apportée devant une commission de l'Union des Syndicats par les défenseurs du fameux diplôme de médecin sanitaire, nous n'y avons rien trouvé qui rendît celui-ci obligatoire. Or c'était l'argument le plus impressionnant qui nous fût fourni. Peut-être serait-on fondé à dire par conséquent : « *Ab uno disce omnes* ».

Facultés et hôpitaux.

M. de Lapersonne, assisté de MM. Monthus, Cantonet et Pley, commencera à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophtalmologie, le 22 octobre à 3 h. Droit à verser 50 frs.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Vingt-neuvième année **N° 43** Dimanche 27 OCTOBRE 1907



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Imprudences ou trahisons ?

Quand donc nos confrères apprendront-ils à surveiller leurs propos et à voir où conduisent des appréciations qu'on ne leur demandait pas!

On a vu récemment, dans l'affaire Cormon et le rapport Balthazard, ce qu'il en coûte de trop parler et de donner les hypothèses pour des dogmes.

Mais des exemples analogues sont de chaque jour et si nombreux que les journaux n'ont pas même le temps de les signaler.

Nous en trouvons deux dans la presse judiciaire récente.

C'est d'abord, à propos d'une contestation d'honoraires accident du travail, M. le Pr Thoinot qui, *malgré* le texte et l'esprit du Tarif Dubief (article 10), juge, *malgré* la commission, qu'avant de renouveler le pansement d'une grande brûlure le médecin n'a pas à s'interroger sur l'indication de modifier ou non son traitement, à se donner en un mot une consultation dont le prix s'ajoute à celui du pansement (jugement du 19 juin 1907)

Le maître expert parle comme un assureur, en l'espèce, et ne s'aperçoit pas: 1° qu'il assimile le médecin traitant à l'infirmier agissant mécaniquement ; 2° que cette belle interprétation si légèrement lancée porte aux praticiens (pourtant un peu ses confrères) un grave préjudice absolument immérité. On nous affirme d'ailleurs, que cette appréciation originale sera généralisée aux massages, électrisations, etc., par des médecins du Parlement, dont les noms se disent tout bas, dans un rapport destiné à la révision du Tarif Dubief. On peut s'attendre à tout, en effet, de gaillards qui n'hésitent pas à rester inscrits dans nos syndicats quand ils se livrent au dehors à des manœuvres d'adversaires. Nous nous bornons à souhaiter qu'ils signent le petit factum annoncé, car nous nous ferons un devoir de le publier.

Mais non moins regrettables à notre avis les épisodes de la vie en clientèle semblables à celui que vise le jugement ci-dessous.

Tribunal civil de N..., jugement du 15 juillet 1907.

Plaignant : le Dr R...

Poursuivi : le Dr M...

Nous exposons les faits avec les considérants du Tribunal.

Considérant que dans le courant du mois de janvier mil neuf cent-six, le docteur R..., fut appelé à donner ses soins au jeune D..., enfant âgé de quelques semaines, atteint de broncho-pneumonie grave ;

Qu'il ordonna de faire prendre au petit malade une potion composée notamment de sirop de codéine et d'eau de laurier-cerise.

Que l'enfant reçut ensuite la visite du docteur M... et mourut le surlendemain.

Que ce médecin, qui constata le décès, *déclara aux parents et à une voisine que l'enfant était mort empoisonné, la potion prescrite par son confrère étant beaucoup trop forte pour un enf nt de sept semaines ;*

Qu'en présence de cette affirmation, D..., père, déposa au parquet de N. une plainte contre le docteur R..., qui fut inculpé d'homicide par imprudence.

Que l'instruction ouverte fut close par une ordonnance de non-lieu, les experts désignés par le Juge d'Instruction ayant constaté que la broncho-pneumonie était la cause unique de la mort de l'enfant.

Considérant que le docteur R..., estimant que son confrère M..., lui avait causé par ses propos un préjudice important, lui réclame vingt mille francs à titre de dommages-intérêts, et demande l'insertion du jugement à intervenir dans cinq journaux de N...

Considérant que le défendeur, tout en maintenant l'opinion qu'il avait exprimée au sujet de la dose trop considérable d'alcaloïde administrée à l'enfant, eu égard à son âge, fait plaider par son avocat que si les propos qu'ils a tenus étaient ceux que rapportent les témoins entendus à l'instruction, ils constitueraient le délit de diffamation, actuellement prescrit, aux termes de l'article soixante-cinq de la loi du vingt neuf juillet mil huit cent quatre-vingt-un ;

....

Considérant qu'il y aurait évidemment diffamation si le docteur M..., avait déclaré devant plusieurs personnes, avec l'intention coupable de porter atteinte à la réputation et à la science médicale de son confrère, que le docteur R... avait empoisonné le jeune enfant D... ;

Mais que l'intention de nuire, le désir de faire poursuivre son confrère devant la juridiction répressive n'est pas établie ;

Que le docteur M..., ne semble avoir exprimé devant les époux D..., et la veuve B..., qu'un propos inconsidéré, une opinion, une critique médicale ;

Considérant que l'ordonnance d'un médecin peut, dans une certaine mesure, être discutée ou critiquée au point de vue scientifique.

Que toutefois, dans la circonstance, le docteur M..., a commis une imprudence ou tout au moins une légèreté regrettable en formulant devant trois personnes, contre l'ordonnance délivrée par son confrère, une critique démesurée ;

Que ses propos téméraires ont déterminé la plainte déposée au Parquet et l'ouverture d'une instruction criminelle ;

Qu'il en est résulté pour le docteur R. un préjudice moral, sinon matériel, qu'il échet de réparer ;

Que toutefois, les prétentions émises par le demandeur sont excessives et ne sauraient être accueillies par le Tribunal ;

Par ces motifs :

Statuant en matière ordinaire et en premier ressort :

Condamne le docteur M..., à payer au docteur R..., à titre de dommages-intérêts, la somme de 100 *francs.*

Dit que le docteur R..., pourra, s'il le juge à propos, *faire insérer par extrait, le présent jugement aux frais du docteur M..., dans un journal de N...*, laissé à son choix, sans que l'insertion puisse, toutefois, dépasser cent francs ;

Condamne le docteur M..., aux dépens de l'instance, au besoin à titre de supplément de dommages-intérêts.

Il est permis de se demander après des incidents comme ceux auxquels nous venons de nous référer, si les absurdes procès de responsabilité médicale des dernières années n'avaient pas à leur origine des coups de langue de rivaux ou des débinages inconsidérés.

Mais alors c'est contre les mauvais confrères qu'il faudrait diriger les efforts de nos organisations de défense professionnelle.

Plus d'un médecin y a déjà songé.

D[r] H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les préjugés en ophtalmologie

M. le D[r] E VALUDE cite, dans un article du *Bulletin médical*, un certain nombre de préjugés très répandus dans le public et même parmi les médecins sur des questions usuelles d'ophtalmologie.

« Le préjugé relatif aux verres correcteurs, aux lunettes, et spécialement aux premiers verres des presbytes et des jeunes enfants myopes est un des plus solidement ancrés dans l'esprit du public.

« Les presbytes et tout œil normal est presbyte à partir de quarante-cinq ans environ) préfèrent pendant longtemps se fatiguer à la lecture ou au travail, forcer et surmener leur puissance accommodatrice, plutôt que de prendre des verres, dans la crainte de « s'abîmer les yeux » ou d'être entraînés rapidement à user de verres « trop forts ». Assurément, une certaine coquetterie est la véritable raison de cette crainte ; en tout cas, elle n'est pas fondée, car, quel que soit le moment où on ait débuté à porter des verres de presbyte, le numéro accepté correspondra toujours sensiblement à l'âge réel et à la presbytie normale au même âge. Certains s'étonnent d'être obligés de porter des verres pour lire, alléguant qu'ils avaient naguère et qu'ils ont encore une vision extraordinaire de loin ; mais cette bonne vision de loin indique l'hypermétropie plutôt que l'emmétropie, et ce sont justement ces sujets qui doivent, de bonne heure, porter des verres pour la vision rapprochée ; ce sont des presbytes précoces.

« Le vrai est que, dès qu'on commence à écarter le livre ou le journal, pour mieux lire, au delà de 40 centimètres, on a besoin de porter des verres convexes. Ces verres, loin de causer à l'œil un préjudice quelconque, ne font que soulager l'accommodation, ce qui est toujours une excellente chose ; même, il faut donner au presbyte le plus fort des numéros convexes, qui le fait lire à 40 centimètres, car c'est celui qui reposera complètement le muscle ciliaire. Sans doute, et c'est le principal reproche fait aux premiers verres, dès qu'on a commencé à en porter, on ne peut plus s'en passer, mais c'est moins le fait des verres eux-mêmes que de la presbytie qui va augmentant sans cesse ; en tous cas, il n'est pas douteux que l'hygiène oculaire bien entendue commande le port des verres.

« Pour les enfants myopes, la plupart des parents font preuve de la même méconnaissance des conditions fondamentales de ce défaut de réfraction. Les parents redoutent de voir leurs enfants porter des verres de myope, dans la crainte de les voir s'y habituer et la myopie se confirmer. Or,

dès le moment où la myopie existe réellement, rien ne la supprimera, ni ne la fera décroître, puisqu'il s'agit d'une conformation particulière de l'organe. Les charlatans qui prétendent guérir la myopie contribuent fâcheusement à entretenir cette idée fausse que la myopie peut disparaître. La myopie ne diminue pas sensiblement en vieillissant, contrairement à ce qui est accepté généralement. Si la myopie peut justifier le qualificatif de « bonne vue » qui lui est souvent appliqué, c'est qu'elle donne à ceux qui sont porteurs d'une myopie moyenne le privilège de lire sans verres à partir de quarante-cinq ans : privilège bien mince à côté de l'ennui de porter un lorgnon, pour voir de loin, toute la vie et du matin au soir. Il est cependant vrai que la myopie diminue avec l'âge, mais cela est sensible pour les myopes très faibles seulement ; et encore, ce phénomène de la diminution de la myopie ne survient-il qu'à un âge très avancé, vers soixante-dix ans ! Or, à cet âge là, bien peu de gens en profitent.

« La vérité est que les myopes doivent porter des verres exactement et complètement correcteurs de leur défaut de vision, et cela dès que possible, car il est établi que la correction optique est le meilleur moyen d'enrayer la marche progressive de la myopie ; et c'est précisément dans cette tendance à la progression qu'est le danger. Faire examiner de bonne heure les yeux des enfants et leur faire porter aussitôt et constamment, si possible, les verres nécessaires, telle est donc la règle de conduite à tenir.

« Autre préjugé.

« Beaucoup de personnes considèrent comme d'une hygiène particulièrement favorable aux yeux de les laver à part, chaque matin, avec un liquide très chaud, soit de l'eau simple, soit avec une infusion de plantes, soit même de l'eau boriquée. En dehors de certains états pathologiques particuliers, spécialement les blépharites sèches, il n'y a aucune nécessité de laver les yeux différemment du reste du visage, et l'intégrité des yeux est parfaitement conservée par les soins ordinaires de la propreté. L'usage soutenu ou constant de l'acide borique est même plutôt irritant. Si donc on fait abstraction des sujets atteints de blépharite ou enclins à cette maladie, nous ne conseillons aucune toilette particulière et habituelle des yeux et des paupières, sauf, naturellement, au cours d'une conjonctivite existante.

« Dans les consultations hospitalières, il est très ordinaire de voir des enfants, atteints de conjonctivite, nous arriver les yeux couverts d'un épais bandeau formé par un mouchoir. Les mères couvrent ainsi hermétiquement les yeux des enfants pour leur éviter la gêne de la lumière. C'est là une pratique détestable, en ce que la sécrétion et le gonflement des paupières, dans les yeux atteints de conjonctivite, s'augmentent sensiblement sous le bandeau et aggravent la réaction. L'influence désagréable de la lumière doit être combattue, non avec un bandeau occlusif, mais avec des verres fumés, assez foncés, et de forme coquille. Pas de pansement occlusif, *ni* de bandeau fermé, quand il existe de la sécrétion conjonctivale, telle est la règle à suivre dans la majorité des cas et spécialement, quand il n'existe pas de lésions de la cornée.

« Arrivons maintenant à certaines pratiques encore classiques parmi les ophtalmologistes, tenues pour nécessaires, et qui ne paraissent pas résister à l'examen.

« De ce nombre, la première paraît être le séjour dans une chambre noire après les opérations de cataracte ou dans certaines maladies des membranes profondes de l'œil.

« En ce qui concerne le séjour des opérés de cataracte à la chambre noire, la cause est déjà entendue et il n'y a guère que quelques retardataires qui continuent à enfermer leurs malades dans une cave, pour leur plus grand désagrément, et même quelque désavantage. Il est certain que l'obscurité n'a jamais prévenu aucun des accidents qui peuvent suivre l'opération de la cataracte ; elle a même pu en causer plutôt, et notamment le délire post-opératoire, qu'on fait parfois cesser rien qu'en donnant du jour dans la chambre. On se contentera de limiter l'accès du soleil ou de la lumière au degré voulu pour l'agrément propre de l'opéré.

« Il en est de même du pansement appliqué sur les deux yeux, après l'extraction du cristallin ; je puis affirmer, après des essais comparatifs, et qui ont porté sur plusieurs centaines d'opérations, que le bandeau double n'est nullement nécessaire et que l'occlusion d'un seul œil ne peut être rendue responsable d'aucun accident post-opératoire. Laissons donc, après l'extraction de la cataracte, l'œil non opéré libre ; c'est un grand adoucissement à apporter à une situation assez pénible.

« Si l'obligation de la chambre noire n'est plus guère en question après l'opération de la cataracte, elle reste encore entière dans certaines affections de l'œil, dans les iritis, les rétinites et surtout dans l'ophtalmie sympathique et le décollement rétinien.

« Pour les malades atteints d'iritis, le séjour à la chambre noire n'est pas une obligation thérapeutique ; c'est une question de moindre inconvénient ou même de nécessité, pour éviter la gêne extrême apportée par la lumière. Nous n'avons donc rien à objecter à cette pratique, attendu que ce sont les malades eux-mêmes qui la réclament et la continuent, tant qu'ils la jugent utile à leur bien-être ; mais il nous paraît certain que l'obscurité ne joue aucun rôle dans l'évolution de l'inflammation irienne.

« Tout autre est le cas des malades atteints de décollement rétinien ou de rétinite ; ici la photophobie est peu prononcée et le maintien dans l'obscurité ne répond qu'à l'indication de supprimer les images visuelles éclatantes ; le même but sera atteint, et de façon moins désagréable, en assombrissant légèrement la chambre ou bien encore en faisant porter des verres fumés.

« Dans les irido-choroïdites, et surtout dans l'ophtalmie sympathique, le maintien dans l'obscurité est encore classique. En dehors de la photophobie, qui rend la chambre noire agréable au malade, la pratique de l'obscuration nous semble justiciable des mêmes réflexions que précédemment. Il nous paraît suffisant, pour les sujets atteints d'irido-choroïdite aiguë ou d'ophtalmie sympathique, de prescrire des verres plus ou moins foncés selon la réaction des opérés à la lumière, et de les laisser libres d'aller et venir dans des pièces éclairées normalement. La prison noire, pour ces malades, ainsi que pour les sujets atteints de décollement rétinien, ne nous paraît répondre à aucun besoin réel ; il semble bien

que ce soit là vraiment une pratique traditionnelle contre laquelle on n'ose réagir de peur d'accidents en réalité imaginaires.

« Des réflexions toutes semblables viennent à l'esprit quand on songe à certains collyres qu'il est d'usage d'employer, sans qu'on sache au juste pourquoi.

« Après une opération de cataracte sans iridectomie, ou même avec iridectomie, vous levez le pansement au 3e ou 4e jour. Vous trouvez un œil superbe, sans rougeur, ni réaction, l'iris bien brillant et la pupille noire. Personne ne manque d'instiller aussitôt un collyre à l'atropine ; pourquoi ? J'ai remarqué, sur un nombre considérable de cas, dans mon service des Quinze-Vingts et dans la clientèle particulière, que des yeux qui ne présentaient aucune réaction au premier pansement allaient plutôt moins bien après la première instillation d'un collyre à l'atropine, pourtant fraîchement préparé et aseptique. A côté de ceux-là, depuis quelque temps, j'ai suivi beaucoup d'autres opérés, c'est-à-dire depuis que j'ai réfléchi à cette question, à qui aucune instillation n'a été faite et qui ont guéri merveilleusement, sans une seule rougeur consécutive et avec de belles pupilles, noires et mobiles. Dernièrement, par exemple, les deux yeux d'un même sujet, opérés à huit jours d'intervalle, se sont cicatrisés tellement vite et tellement bien que l'opérée, une femme, sortait de mon service quatorze jours après sa première opération, huit jours après la seconde, les yeux couverts de simples lunettes fumées.

« L'habitude de faire porter des verres noirs après l'opération de la cataracte et à la suite des derniers pansements constitue d'ailleurs encore, selon moi, un préjugé ; je ne vois pas que cette précaution soit nécessaire lorsque l'opération n'a pas été suivie d'iritis, ni de réaction marquée. Beaucoup d'opérés, en effet, se plaignent, eux-mêmes, de cette obligation et de l'obscuration causée par les verres noirs. Très utiles lorsque les yeux opérés restent longtemps sensibles à la lumière, les lunettes foncées pourront être supprimées avantageusement chez les opérés qui n'en éprouvent pas le besoin.

« En résumé, après l'opération de la cataracte et dans les jours qui suivent, l'instillation de l'atropine n'a de raison d'être que s'il existe de l'iritis. En dehors des cas de réaction post opératoire, l'usage de l'atropine est certainement inutile, sinon nuisible ; on aura donc tout avantage à la supprimer des pansements. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Kirmisson.

L'hypospadias.

J'ai choisi pour sujet de leçon l'hypospadias, affection dont nous avons actuellement deux exemples dans le service.

Le premier de ces deux malades est un enfant de 5 ans. Les parents ont remarqué chez lui, de suite après sa naissance, l'existence de l'hypospadias pénien. Depuis un certain temps, l'enfant a de la difficulté de la miction : pour uriner, il est obligé de relever sa verge. A l'examen, on trouve un gland imperforé et un orifice ponctiforme à un centimètre en arrière du sommet du gland. On constate l'absence de filet, malformation que vous rencontrerez toujours avec l'hypospadias pénien, et l'exubérance habituelle également en pareil cas, du prépuce. Ce qu'il y avait d'intéressant, chez cet enfant, c'est qu'il était porteur de plusieurs autres malformations, et en particulier d'une malformation du cœur. Il était rouge-violacé et devenait bleu au moindre effort. On trouvait, au palper, un frémissement cataire et, à l'auscultation, un énorme souffle en jet, témoin de l'existence d'une communication inter-ventriculaire. En raison de cet état cardiaque, j'ai dû demander aux parents une autorisation expresse avant d'opérer. Ils m'ont donné cette autorisation et je dois dire que tout s'est bien passé ; la chloroformisation a été absolument normale. C'est là, vraiment, où l'on peut apprécier la distinction à établir entre la lésion purement mécanique du cœur et la lésion myocardique. Tant que le myocarde est en bon état, il n'y a pas d'accident à craindre du chloroforme, en général. La lésion mécanique, orificielle par exemple, ne constitue pas, par elle-même, une contre-indication à l'opération.

Quant au deuxième malade, son histoire est superposable à celle du premier. C'est un hypospadias balano-pénien, avec un orifice étroit, ponctiforme, absence de frein.

L'hypospadias est une malformation constituée par une anomalie de situation du méat urinaire, qui, au lieu d'être au sommet du gland, siège sur la face inférieure de la verge. Il s'oppose, du fait de son siège, à l'épispadias, dans lequel l'ouverture anormale se trouve à la face supérieure de la verge. Ce n'est pas là, d'ailleurs, la seule différence existant entre les deux vices de conformation. L'hypospadias est une lésion fréquente, banale, aussi banale que le pied-bot et le bec-de-lièvre. L'épispadias est rare. En outre, l'hypospadias est une affection dont la pathogénie est facile à comprendre. Il n'en est pas de même de l'épispadias.

L'hypospadias peut siéger sur tous les points de l'urèthre, depuis le périnée jusqu'au sommet du gland ; de là, les diverses variétés de cette malformation : hypospadias périnéal, périnéo-scrotal, péno-scrotal, pénien, balanique.

Il y a des différences de fréquence considérables entre ces variétés. Les fentes postérieures sont beaucoup plus rares, en même temps que beaucoup plus graves. Au contraire, l'hypospadias balano-pénien est une affection que l'on observe quotidiennement. Rien n'est plus commun que de voir associés le pied-bot, le bec-de-lièvre avec un petit hypospadias.

Deux mots sur la pathogénie de l'hypospadias.

Il faut se graver dans l'esprit une chose : l'hypospadias est un type de l'arrêt de développement, comme le spina bifida et le bec-de-lièvre. Au deuxième mois de la vie intra-utérine, l'embryon est, au point de vue sexuel, à l'état indifférent. Il existe à la partie inférieure de l'abdomen une sorte de cavité, appelée cloaque. Cette cavité, au bout d'un certain temps, se trouve divisée par la production d'un éperon en deux parties, une partie postérieure qui sera le rectum, une partie antérieure qui constituera, dans le sexe masculin, l'urèthre membraneux. L'urèthre pénien a une autre origine. Il naît sous forme de gouttière, sur une saillie (appelée tubercule génital) qui sera plus tard la verge. Cette gouttière, creusée ainsi dans le tubercule génital au cours du 3e mois, arrive à se fermer peu à peu, d'arrière en avant, par accolement de ses deux bords. Si, pour une raison quelconque, la soudure ne se produit pas, vous avez un hypospadias.

Ce n'est pas tout. L'urèthre balanique se développe, lui aussi, indépendamment de l'urèthre pénien. Il a une origine spéciale, au niveau du gland, permettant de comprendre certaines particularités de l'hypospadias balanique. Il est constitué par un canal, séparé d'abord, puis en continuité avec l'urèthre pénien.

Ces notions pathogéniques sommaires sont suffisantes. Rappelez-vous, somme toute, que l'urèthre se forme en plusieurs tronçons, constitués primitivement par des gouttières qui arrivent à se fermer.

Au point de vue clinique, voici quel est l'aspect de la malformation.

Dans l'hypospadias balanique et pénien, on voit, à un centimètre, quelquefois à deux centimètres du sommet du gland, un orifice médian par lequel coule l'urine. En avant de cet orifice, il y a, quelquefois rien, quelquefois une gouttière, ou un véritable méat conduisant dans un cul-de-sac. Je ne reviens pas sur l'absence du filet et l'exubérance du prépuce. Cette disposition — l'hypospadias balanique et pénien — est souvent héréditaire, il est fréquent de la rencontrer chez le père du petit malade. C'est dire, d'avance, qu'elle ne constitue pas une impossibilité à la fécondation.

Dans l'hypospadias péno-scrotal, un fait domine : l'incurvation de la verge ; celle-ci est coudée du côté du scrotum. Quand vous essayez de la relever, vous voyez un pli se tendre sous la peau.

Enfin, si nous allons plus en arrière encore (hypospadias périnéo-scrotal, périnéal) la malformation s'accuse progressivement. Entre les deux bourrelets génitaux (réunis à l'état normal pour constituer le scrotum, mais ici distincts) se trouve une fente. Les deux bourrelets restent écartés et peuvent être pris pour des grandes lèvres, d'autant plus facilement qu'il y a parfois concomitamment cryptorchidie, les bourrelets étant vides : c'est l'hypospadias vulviforme. Plus elle est postérieure, plus la malformation est grave.

Les troubles fonctionnels sont de deux ordres, urinaires et génitaux.

Fonctions urinaires :

Dans l'hypospadias périnéo-scrotal, le jet d'urine ne se fait pas en avant : de là, rougeur et érythème de la peau, au voisinage. Aussi les malades prennent-ils l'habitude d'uriner accroupis.

Dans l'hypospadias balano-pénien, les conséquences sont moins fâcheuses ; chez beaucoup de sujets, les fonctions urinaires s'exécutent assez bien. Cependant, il est des cas où l'orifice est tellement étroit que l'enfant urine goutte à goutte et qu'il se trouve dans les conditions des rétrécis. D'une manière générale, les troubles urinaires n'ont pas, dans cette variété, une très grande importance ; quelquefois, cependant, il y a lieu de débrider l'orifice.

Fonctions génitales :

Question délicate. Pour ce qui est des variétés postérieures, il est évident que le sujet est impropre à la reproduction. Mais, quand il s'agit d'un hypospadias pénien ou balano-pénien, il faut être beaucoup plus circonspect. Il n'est pas douteux que les conditions sont chez ces sujets moins favorables que chez les sujets sains. Toutefois, on ne saurait dire, tant s'en faut, qu'un tel hypospadias condamne à la stérilité.

J'arrive au traitement.

A quel moment opérer ? On doit tenir compte de plusieurs considérations. Je ne suis pas porté à pratiquer ces opérations trop tôt. Il ne faut pas trop attendre, non plus, car, à l'époque de la puberté, les érections gêneraient la cicatrisation. Je crois que, d'une manière générale, 6 à 7 ans est l'âge le plus favorable.

La cure opératoire diffère notablement suivant la variété d'hypospadias à laquelle on a affaire.

Dans l'hypospadias scrotal, l'opération se fera en plusieurs temps. Le premier temps sera le redressement de la verge.

Un mot sur les opérations applicables à l'hypospadias balanique et balano-pénien. L'intervention n'est pas aussi simple qu'on pourrait le penser. Jusqu'à ces dernières années, on procédait par avivement, suture, etc. Souvent, on n'obtient ainsi aucun résultat sérieux. Von Hacker a préconisé un procédé ingénieux fondé sur l'élasticité énorme de l'urèthre. Partant de cette propriété, le chirurgien viennois s'est dit qu'il serait possible d'isoler l'urèthre et de venir le transplanter dans le gland. Par une large incision on met à nu une partie de l'urèthre, on l'isole des corps caverneux et on le dissèque. On enfonce de bas en haut dans le gland un petit ténotome qui ressort par le sommet du gland et on insinue le manchon uréthral, libéré précédemment, dans ce néo-canal.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE CHIRURGIE CLINIQUE

Amputation de la jambe au lieu d'élection. Lambeau antéro-externe.

Il est assez fréquent d'avoir à pratiquer une amputation de jambe, soit qu'il s'agisse d'un traumatisme, soit d'une tumeur blanche tibio-tarsienne, soit d'un cancer, soit d'une gangrène.

Comme chacun le sait, à la jambe il y a un lieu d'élection pour la section, lieu d'élection qui se trouve à cinq travers de doigt au-dessous de l'articulation, point où doit porter la section osseuse. Quand on ne peut pas amputer au-dessus des malléoles, peu importe le siège de la lésion, l'amputé marchera sur son genou plié. S'il est nécessaire que la partie restante de la jambe soit assez longue pour permettre la flexion sur le genou, il

est mauvais qu'elle le soit trop, car un trop long segment dépassant en arrière, à part son aspect disgracieux, serait très gênant. Ce que je viens de dire est surtout applicable aux travailleurs pour lesquels le vulgaire pilon sera toujours une nécessité.

Pour les riches on peut suivre les vieux préceptes de Verduin : « Tant plus long on laissera le tronc et tant plus ferme on pourra lui appliquer la jambe artificielle. » Les grands progrès de la prothèse ont rendu facile l'adaptation d'une jambe artificielle à un moignon un peu long ; et pour la classe privilégiée on peut parfaitement répéter après Chassaignac qu'à la jambe le lieu d'élection est un lieu d'exclusion.

Quel procédé faut-il employer pour amputer une jambe au lieu d'élection ? Je me hâte de dire que lorsque les lésions remontent haut, on sera obligé d'avoir recours à la méthode circulaire, au lambeau postérieur, où à un procédé de nécessité. De plus, pour faire marcher un amputé sur le genou on peut soutenir que, peu importe que la cicatrice soit terminale ou latérale, le moignon conique primitivement ou secondairement. Mais lorsqu'on a le choix, lorsqu'on met un amour-propre légitime à avoir un moignon parfait, bien étoffé, ne s'excoriant pas par le frottement, je crois que le procédé de choix est le lambeau antéro-externe.

Ce qui a jeté le discrédit sur le procédé à lambeau externe c'est la gangrène possible et fréquente du lambeau. Tillaux, le premier, a bien mis en lumière la cause de cette gangrène et a fait voir que dans les anciens procédés (Bell, Sédillot), dans lesquels on taillait le lambeau par transfixion, on laissait de côté l'artère tibiale antérieure et on privait le lambeau de ses éléments nourriciers. On sait, en effet, que l'artère tibiale antérieure en contact sur une grande partie de son étendue avec le ligament interosseux, émet un très grand nombre d'artérioles, qui se détachent perpendiculairement du tronc d'origine et vont se ramifier dans chaque muscle. Pour que le lambeau cutanéo-musculaire continue a être nourri il est donc indispensable que la tibiale antérieure soit respectée jusqu'à l'extrémité de ce lambeau. C'est le moyen sûr et infaillible d'éviter le sphacèle.

Ces notions classiques remémorées. Voici comment j'exécute le lambeau antéro-externe suivant les préceptes autrefois en cours dans les amphithéâtres des hôpitaux maritimes sous le nom de procédé de Duval.

Marquer le lieu d'élection. Avec un ruban prendre la circonférence du membre, le doubler pour avoir la demi circonférence et tracer la base du lambeau et sa périphérie. Avec un peu de coup d'œil on peut se dispenser de cette mensuration que pour ma part je ne pratique jamais. Le bord interne du lambeau suit le tibia à un centimètre du bord interne de cet os (pas de la crête, du bord interne). L'incision du lambeau doit commencer un peu au-dessous de la future section osseuse. On trace alors un lambeau presque carré, légèrement arrondi sur les bords ayant une longueur égale au diamètre plus la rétraction de la peau. A un centimètre environ au-dessous de l'icision première, on coupe la peau postérieure suivant une ligne légèrement convexe, de façon à faire un tout petit lambeau postéro-interne. Dissection du lambeau antéro-externe, libération de la peau dans un centimètre d'étendue ; puis on sectionne les muscles de la région antéro-externe à fond à l'extrémité du lambeau jusqu'à ce que le couteau arrive sur le péroné. Là le couteau appliqué à plat sur le péroné remonte en haut jusqu'au point de départ de l'incision. On dissèque alors les muscles de la région antéro-externe, en rasant la face externe du tibia et en y comprenant le lambeau interosseux, qui doit être compris dans le lambeau externe et contenir ainsi intacte l'artère tibiale antérieure. Section des muscles postérieures. Section des os après rugination du périoste et ligature des vaisseaux. On doit lier la tibiale à l'extrémité du lambeau externe et s'assurer qu'elle n'a pas été blessée sur son parcours. Il est arrivé à des opérateurs peu exercés de sectionner involontairement cette artère à la base du lambeau en procédant à la dissection des muscles et cela arrive toujours parce qu'on ne tient pas la pointe du couteau en contact direct avec la face externe du tibia.

Le temps le plus important de ce procédé, qui diffère du procédé classique que par certains détails, consiste dans la dissection minutieuse du lambeau externe, qu'il ne faut jamais détacher par transfixion. C'est un procédé assez long, peu brillant d'exécution, mais très sûr dans ses résultats, ce qui est le principal. J'ai pratiqué depuis une quinzaine d'années douze amputations de jambe par ce procédé et je n'ai pas jamais eu de gangrène du lambeau. Dans les traumatismes, il arrive souvent qu'après une amputation on observe du sphacèle limité dans des bords de la plaie de section ; ces faits ne sont pas imputables au procédé employé ; mais bien à l'attrition des tissus. On croit couper en tissu sain et la section porte en réalité sur des tissus déjà frappés de mort et voués au sphacèle.

J'ai cru bon de rappeler tous ces détails à propos de l'amputation de jambe et de faire connaître le procédé à lambeau antéro-externe de Duval que l'on ne trouve pas décrit dans les manuels courants. Il est vrai qu'il ne diffère que peu du procédé classique ; mais je considère les petits détails de technique comme très importants en chirurgie. On réagit de plus en plus contre les procédés à lambeau ; je crois que c'est à tort ; les procédés à lambeau donnent d'excellents moignons exempts de conïcité primitive ou secondaire ; mais ils sont d'une exécution plus difficile. Les vieux chirurgiens les employaient souvent et s'en trouvaient bien.

Dr J. Tissot,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

THÉRAPEUTIQUE

Importance de la médication décongestive dans le traitement des affections vagino-utérines.

La plupart des médecins ont une thérapeutique personnelle, qui, tout en s'inspirant des principes scientifiques établis, se constitue par un ensemble de médicaments éprouvés par la pratique.

C'est ainsi que, depuis plusieurs années déjà, nous observons nous-même les bons effets du Thigénol dans le traitement des affections gynécologiques *médicales*. Nous désignons ainsi tou-

s les maladies génitales qui, sans préjuger de venir, ne relèvent pas nettement de la chirur-. C'est ainsi que les vulvites, les vaginites, un and nombre de métrites et de salpingites éprou-nt les excellents effets d'un traitement médical icieusement conduit.

Quels sont les principes à suivre pour obtenir semblables résultats ?

Tout d'abord, procéder à une antisepsie régu-re des organes génitaux. En second lieu, agir ectement sur eux par un agent décongestif issant. Nous dirons même qu'avant tout, la essité de cette décongestion s'impose. Il arrive moment dans l'évolution des métrites où la ulence des agents infectieux est très atténuée bien que l'action antiseptique, toujours néces-re, doit être cependant considérée comme un ple adjuvant de l'action décongestive vérita-ment curative.

Elle seule, en effet, diminuera la pression san-ine aux points lésés ; elle seule, par la classique gnée blanche, amendera les troubles sécrétoi-s et les souffrances ; elle seule, à notre avis, ra-nera les organes à leur volume normal. Et cette inion que nous soutenons ici, n'est pas une ple vue de l'esprit ; elle est réellement inspi-e par les constatations cliniques faites en utili-t les pansements vaginaux au thigénol ou les ules thigénolés à 30 % dont les effets analgési-es, mais surtout décongestifs, sont indéniables.

Prenons des exemples :

Voici une vaginite gonococcique primitive mme nous en avons observé assez souvent. En me temps que nous ordonnerons des lavages vagin deux fois par jour avec une solution de manganate à 5 pour 1000, ou mieux encore c une solution d'anios à 2 %, nous la traite-s par le thigénol. Nous pouvons employer ce nède de 3 façons différentes.

Dès que l'acuité des souffrances initiales aura inué, on imbibe fortement un tampon de ate hydrophile, avec du thigénol glycériné à rties égales, et avec ce tampon on badigeonne culairement les replis et les culs-de-sac vagi-ux. On peut encore simplement introduire et sser à demeure un tampon imbibé de la même ution glycérinée (50 gr. pour 50 gr.), ou bien re placer par la malade un ovule thigénolé à %.

Ces pansements doivent être permanents, c'est-dire, être faits après chaque lavage antiseptique c'est pourquoi dans la plupart des cas les ovu-s sont préférables parce que le médecin ne peut ir lui-même chaque fois procéder au panse-nt.

Qu'observons-nous alors ? Un ensemble de énomènes décongestifs très nets. Sous l'in-ence du topique, l'écoulement vaginal aug-nte d'abord. Mais il faut bien remarquer et re remarquer aux malades qu'il ne s'agit pas d'une recrudescence de l'affection. C'est un gorgement des muqueuses phlegmasées qui père, le thigénol ayant cette propriété de faci-r l'exsudation des glandes et d'attirer au de-rs les sérosités. Aussi, en moins de 4 à 5 jours s douleurs diminuent, les phénomènes inflam-atoires (congestion, œdème, température locale, osions etc.) commencent à rétrocéder. Puis les oulements verdâtres perdent ce caractère et se idifient ; vers le 10e jour, ils sont nettement uqueux.

A ce moment, la malade supporte sans difficulté des tamponnements plus volumineux, et l'exsudation thérapeutique du début diminue progressivement à mesure que les troubles inflammatoires régressent ; au bout de 3 semaines environ, la vaginite est complètement guérie.

Souvent, quand ce traitement décongestif est institué de bonne heure, nous sommes assez heureux pour éviter l'extension gonococcique à l'utérus et aux annexes. Mais parfois aussi, des symptômes métritiques apparaissent. Le malade les ignore, car il ne s'agit pas de métrite aiguë, mais au spéculum on voit que le col est augmenté de volume et laisse échapper une leucorrhée blanc jaunâtre. Des tampons thigénolés à 50 pour 50, portés au contact du col ou des ovules à 30 %, profondément enfoncés, ont généralement raison de cette affection en une quinzaine de jours. Un fait assez curieux permet de dépister sans l'aide du spéculum cette métrite légère au cours du traitement de la vaginite. L'écoulement séreux thérapeutique, au lieu de continuer à décroître vers la 2e semaine, augmente au contraire, et l'on doit penser dans ce cas que l'action thigénolée ne s'opère plus sur le vagin mais sur l'utérus enflammé. Cette métrite légère est, à vrai dire, exceptionnelle. Elle ne dépasse pas le col, est toujours indolore et de très courte durée. Il suffit en effet de continuer les pansements ou les ovules pour la guérir totalement.

Le fait que le traitement thigénolé de la vaginite gonococcique empêche d'habitude l'extension ascendante de l'infection, la rend indolore quand elle existe, et la guérit rapidement, nous conduit à utiliser d'emblée le topique contre les métrites subaiguës et chroniques, et même contre les annexites non purulentes. Les résultats ont confirmé nos prévisions. La même puissante action résolutive se reproduit. Sous l'influence des tampons de glycérine thygénolée à 50 pour 50, et des ovules à 30 %, l'utérus et les annexes se décongestionnent rapidement. Au bout de 24 à 48 heures on observe l'écoulement thérapeutique habituel. Cette exsudation se développe ensuite, et au bout de 4 à 5 jours, les douleurs lombaires puis les douleurs iliaques et hypogastriques rétrocèdent nettement. Il ne faut pas plus de 8 à 10 jours pour obtenir l'indolence complète de l'utérus et des trompes.

La sécrétion utérine est déjà modifiée.

La leucorrhée devenue beaucoup moins abondante est à peine jaunâtre. Plusieurs fois nous avons vu des pertes fétides perdre ce caractère, et plusieurs fois aussi, des métrorrhagies habituelles disparaître. La période menstruelle est moins profuse et moins douloureuse, et, constatation importante, ce résultat persiste après la cessation du traitement.

Nous mettons 4 à 6 semaines pour améliorer beaucoup, sinon guérir, des métrites catarrhales et douloureuses chroniques, voire même des salpingo-ovarites d'intensité moyenne. A ce moment, l'utérus est à peu près normal, il n'y a plus d'ulcérations cervicales, et le toucher vaginal ne peut plus délimiter les annexes.

Tels sont les résultats obtenus par les propriétés décongestives puissantes du thigénol. Que de fois, certainement, nous avons pu éviter ainsi à nos malades les éventualités douloureuses d'une intervention sanglante !

Dans une autre voie de la thérapeutique, il

existe encore une affection tenace, rebelle à la plupart des médications, et contre laquelle nous avons trouvé un réel secours dans le thigénol. Nous voulons parler des ulcères variqueux.

Comment ce remède parvient-il à cicatriser en un mois et demi environ un ulcère ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs ? Nous ne le savons pas exactement.

Ici, la décongestion ne peut suffire à expliquer le succès. Il faut, sans doute, l'attribuer aux propriétés kératoplastiques du remède, propriétés bien connues et que le Dr Wassilieff (1) n'hésite pas à faire intervenir, pour expliquer la guérison de nombreux ulcères atones obtenue par lui-même avec le thigénol. Mais comme dans ce cas, il faut badigeonner tous les deux jours l'étendue de l'ulcère avec le thigénol pur, et qu'il en résulte la formation d'une pellicule isolante, cette protection de la plaie contre les germes extérieurs ne peut-elle pas aussi expliquer dans une certaine mesure la cicatrisation régulière et rapide que nous observons ?

Certains médecins (2) ajoutent à l'action du topique les effets de la chaleur irradiante du thermo-cautère. Après désinfection soigneuse de la plaie, font placer sur elle une toile épaisse retenue par des liens circulaires, portant en son milieu une ouverture ayant les dimensions de l'ulcère et s'adaptant exactement sur lui. Ils rapprochent alors, à 2 ctm. à peine et pendant quelques minutes le couteau du thermocautère porté au rouge blanc, puis ils appliquent le thigénol pur. Ce traitement serait, paraît-il extrêmement actif et ne compterait guère que des succès. Personnellement, après désinfection de la plaie par l'oxygène naissant qui se dégage de l'Anios, nous nous contentons de simples badigeonnages de thigénol pur toutes les 48 heures. Notre procédé, pour être moins élégant et moins impressionnant nous donne encore toute satisfaction et mérite d'être préconisé.

Dr Ed. Lauve.

FAITS CLINIQUES

Blennorragie simple et hyperexcitabilité nerveuse.

X..., 23 ans, cultivateur, a toujours été en bonne santé. Service militaire accompli normalement. Famille : père, mère, frères et sœurs en bonne santé; une sœur plus jeune peut-être en voie de tuberculose.

Le 23 avril 1907, arrive dans mon cabinet un jeune homme qui me déclare avoir un écoulement jaunâtre datant de cinq jours venu à la suite d'un coït suspect. C'est la première fois. Le malade paraît gai et nullement frappé, mais souffre très légèrement en courant.

Je prescris : 1° régime lacté et œufs absolu ; 2° tisanes tilleul et chiendent ; 3° lavages biquotidiens de permanganate à 1 p. 1000.

28 avril 1907. — Le malade revient 8 jours après, son écoulement a diminué ; il se porte bien.

1° Mêmes traitement et régime ; 2° essence de santal, 10 perles par jour.

(1) *Journal de médecine interne*, n° 5, 1906.
(2) Voir *Concours médical*, n° 46, 1906.

Il suit rigoureusement son traitement; mais paraît triste et inquiet.

4 mai 1907. — Je suis appelé en toute hâte, j'arrive à 6 h. soir. La famille est en pleurs près de son « lit de mort » ; le malade a fait ses adieux à tous et son testament spirituel.

Il n'a pas uriné depuis le matin 5 h., n'est pas allé à la selle depuis le mardi 30 avril. Aspect très mauvais. Convulsions et soubresauts nerveux incessants ; le lit est ébranlé, trismus, facies péritonéal, pupille dilatée. Le malade parle d'une voix saccadée, avec peine, il sue abondamment, ventre très douloureux en bateau. Pouls 120, température 38°5. Je sonde ; pas de rétrécissement ; j'arrive facilement au sphincter vésical que je franchis sans peine ; un litre et demi d'urine claire, pas d'albumine.

Le malade est soulagé instantanément ; il est gai et cause avec abondance. Plus de convulsions; pupille normale, 7 h. soir T. 37° Pouls 90. Toucher rectal : rien dans le rectum. J'administre huile d'olive par grands verres tous les quarts d'heure.

Suspension des lavages et de l'essence de santal.

10 h. soir, je quitte le malade rassuré, calmé, il va à la selle à une heure du matin.

Dimanche matin, 5 mai 1907. — Le malade urine abondamment, il boit du lait 150 gr. environ toutes les heures.

Midi. Le malade cesse d'uriner, 4 h. soir, je vais le voir, l'état est le même que la veille. Je le calme, lui fais boire de l'eau minérale, il urine seul 150 à 200 gr. environ.

Lundi, mardi, mercredi. — Le malade urine et va à la selle à peu près normalement (huile et pilules laxatives).

Jeudi 9 mai, soir. — Il vient à Z..., 14 kil. voiture. Il n'a pas uriné depuis le matin, je le sonde à 6 h. soir après l'avoir couché, 1 lit. 1/2 urine claire. Les convulsions réapparaissent. Le malade se décide à rester auprès de moi. Poids 140 livres. Pas de signes d'hystérie.

Vendredi 10 mai 1907. — Matin, sonde ; 1 lit., soir sonde : 1 lit. 1/2.

Samedi 11 mai 1907. — Le malade, à mon arrivée, après mes encouragements et un massage ? du ventre, urine seul 200 gr. environ, je le quitte le reste de la journée il urine seul.

Dimanche 12 mai, midi, sonde ; 1 lit. soir il urine seul.

Lundi 13 mai. — 11 h. soir, je vais voir le malade. Sueurs profuses, Convulsions nerveuses. trismus. Pouls 120, Temp. 39°. Quelques minutes après mon arrivée et mes encouragements il urine seul 500 gr. environ.

Mardi 14 mai. — Le malade urine toutes les heures, 25 à 100 c. c. chaque fois, urine claire, sans albumine, quelques convulsions, pas de trismus, sueurs abondantes. Pilules laxatives. Régime lacté absolu et œufs à la coque ou crus.

Mercredi 15 mai au 28 mai. — Le malade urine seul toutes les 3 ou 4 heures normalement. Même régime.

28 mai, 3 juin. — Injections de permanganate à 1 pour 2.000 le matin. Le malade urine seul un peu moins souvent, mais plus abondamment. Même régime.

10 juin 1907. — On cesse le permanganate. Pas d'écoulement. Pas de cuisson à la miction. Régime, lait, viande, boissons, lait.

20 juin 1907. — Le malade retourne chez lui. Miction normale, pas d'écoulement. Régime ordinaire. Boisson. Lait.

1er juillet 1907. — Le malade a gagné 2 livres depuis le 9 mai. Même régime. Boisson : lait. Etat de santé parfait.

1er août 1907. — Régime ordinaire. Cidre en mangeant seulement. Etat de santé parfait. Le malade a gagné 3 livres depuis le 1er juillet.

15 août et 28 septempre 1907. — X... va très bien, boit du cidre à sa soif.

Cette observation est, à n'en pas douter, celle d'un hystéro-neurasthénique accidentel. Dans sa famille pas de nervosisme.

Ch. Feyfant.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le travail qui suit, extrait de la *Revue médicale de Franche-Comté*, met au point la question de la déclaration des maladies causes des décès. Il répond à de nombreuses questions, à nous adressées dans la correspondance quotidienne, et dans lesquelles un grand nombre de confrères nous demandent comment faire pour ne pas enfreindre les prescriptions de l'art. 378, tout en conciliant les exigences des circulaires ministérielles, préfectorales ou autres, qui ne tendent rien moins, sous couleur de statistique démographique, qu'à obliger les médecins à livrer ce qu'ils ont appris dans l'exercice même de leur art.

Nous ne saurions nier que l'établissement de ces statistiques présente un très réel intérêt. Il ne faudrait pourtant pas mettre, pour les établir, les médecins en contravention avec la loi et en délicatesse avec leur conscience.

La solution proposée par le Dr Baudin est une solution élégante, à laquelle on peut se rallier en toute sécurité légale, et sans cesser d'être en règle avec sa conscience.

Nécessité de l'organisation dans toutes les communes d'un service médical de constatation des décès et des causes de décès.

Toute collectivité humaine organisée, civilisée, ne saurait se fonder, vivre et durer qu'à la condition de tenir — comme n'importe quelle société commerciale ou autre, — un compte rigoureux de tous ceux qui la quittent, comme de tous ceux qui y entrent. Elle est donc dans l'obligation de sanctionner la sortie comme l'entrée de chacun d'eux, par un acte officiel, l'*acte de décès*, contrepartie rationnelle de *l'acte de naissance*. Ces actes, dits de « l'état civil », sont de la plus grande importance, puisque d'eux découlent tous les droits et la majeure partie des devoirs des personnes, et leurs « capacités ».

L'« acte de décès » résulte d'un fait réalisé en l'absence de l'officier de l'état civil ; il ne peut être constaté sûrement que d'une manière directe par la vue du cadavre et par des témoignages. Aussi le Code civil dispose-t-il :

Art. 77. — « Aucune inhumation ne sera faite « sans une autorisation, sur papier libre et sans « frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra « le délivrer qu'après s'être transporté auprès de « la personne décédée, *pour s'assurer du décès*, et « que 24 heures après le décès, sauf les cas prévus « par le règlement de police. »

Art. 78. — « L'acte sera dressé sur la déclara» tion de deux témoins ; ces témoins seront, s'il » est possible, les deux plus proches parents ou » voisins et, lorsqu'une personne sera décédée » hors de son domicile, la personne chez laquelle » elle sera décédée et un parent ou autre. »

Ainsi, le maire (ou son adjoint) devra, *de visu*, directement, s'assurer du décès »... C'est bientôt dit. Voilà le maire, officier de l'état civil, qualifié pour accomplir cette mission, qui n'est pas toujours des plus aisées, qui, dans la plupart des cas, réclamerait l'intervention d'un médecin et, dans quelques cas, non absolument rares, celle d'un médecin légiste ! La loi lui donne les pouvoirs. Que ne lui donne-t-elle, en même temps, la compétence ! Sans doute, et en vue de multiplier les garanties, la loi prévoit en outre l'intervention de deux témoins. Le malheur est que ces deux témoins, dès qu'il s'agit de constater autre chose que l'identité du décédé, du moment qu'il s'agit de *s'assurer du décès*, c'est-à-dire de la réalité du décès, ne sont pas moins incompétents que le maire, que l'officier de l'état civil. Et je ne pense pas qu'en additionnant deux ou trois incompétences on prétende arriver à une compétence quelconque.

On m'objectera, avec mon maître, le professeur Lacassagne, que la crainte des inhumations précipitées, que l'appréhension d'être enterré vivant n'est pas justifiée, bonne à classer parmi les « erreurs et préjugés populaires » ; qu'il existe pas (ou si peu !) de faits authentiques, scientifiquement établis, de nature à justifier cette crainte, cette appréhension. Je ne suis pas aussi convaincu que M. le professeur Lacassagne, et il faut croire que nombre de mes confrères, et non des moindres, ne sont pas plus convaincus que moi, puisque certains d'entre eux continuent à discuter et à rechercher un signe certain de la mort réelle, et que l'Académie de Médecine persiste à examiner, à juger, et au besoin à récompenser leurs travaux. Au reste, la question est plus simple : oui ou non, à tort ou à raison, le public continue-t-il encore, à l'heure actuelle, à admettre et à redouter la possibilité des inhumations précipitées ? Poser la question, c'est la résoudre, selon la phrase consacrée. Oui, oui et oui, nul ne saurait le nier. Eh bien ! il y a là un fait d'opinon publique avec lequel il faut compter ; il faut donner satisfaction à l'opinion publique, même égarée, en attendant qu'on la ramène peu à peu à une plus juste appréciation des choses. Ne serait-ce donc rien, fût-ce au prix de quelques sacrifices, que de délivrer nombre de personnes de l'obsession et de la terreur qui les étreignent à la pensée qu'elles peuvent être enterrées vivantes ?

Cependant, à la rigueur, passons, je le veux, sur cette considération d'ordre à tout le moins exceptionnel. Mais il va de soi que la constatation d'un décès comporte autre chose que la constatation pure et simple, arithmétique, de la disparition d'une unité du corps social : il importe de savoir si cette disparition est naturelle, légitime, en quelque sorte, si elle est l'effet de la maladie ou de la vieillesse, de l'impossibilité de continuer à vivre, ou bien si elle est le résultat d'une mort non naturelle, d'une mort violente, volontaire ou non, c'est-à-dire *par suicide*, suicide dont les conséquences peuvent être graves au point de vue des droits de succession (assurances, etc.) ou

par homicide, soit par commission (protection de la sécurité publique, poursuites criminelles), soit *par omission* (enfants en bas-âge, vieillards, déments).

Et ici intervient l'article 81 du Code civil :

Art. 81. — « Lorsqu'il y aura des signes ou in-« dices de mort violente ou d'autres circonstan-« ces qui donneront lieu de la soupçonner, on ne « pourra faire l'inhumation qu'après qu'un offi-« cier de police, assisté d'un docteur en médecine « ou un chirurgien, aura dressé procès-verbal de « l'état du cadavre et des circonstances y rela-« tives, ainsi que des renseignements qu'il aura « pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, pro-« fession, lieu de naissance et domicile de la per-« sonne décédée. »

On voit enfin apparaître le médecin, seul juge compétent, mais il faut noter qu'il n'apparaît qu'au second plan, avec l'officier de police. Qui reste seul ordonnateur et seul juge de la formalité de son intervention : toujours l'officier de l'état civil, citoyen fort honorable, mais parfaitement incompétent. Le voici maintenant qualifié pour décider s'il existe sur la personne du décédé des signes ou même simplement des *indices* de mort violente ! Il y a des limites à tout, même à l'absurde. Aussi, de bonne heure, à Paris, — et un peu plus tard dans les grandes villes, — voit-on intervenir des arrêtés préfectoraux (21 vendémiaire an IX, 2 juin 1806, 31 décembre 1821, 15 septembre 1823, 25 janvier 1841, 7 décembre 1853, 20 décembre 1859 et 29 décembre 1868) et municipaux, instituant et perfectionnant les services médicaux de constatation des décès.

Puis la circulaire du 24 décembre 1866, adressée par le ministre de l'intérieur aux préfets, rend obligatoire pour toutes les communes de France la vérification médicale des décès :

» Le maire de chaque commune fera choix « d'un ou de plusieurs docteurs en médecine ou « en chirurgie, et à leur défaut, d'officiers de « santé, qui seront chargés de constater le dé-« cès dont la déclaration aura été faite à la mai-« rie, conformément aux prescriptions de la loi. « Ces médecins seront assermentés. Dès que la « déclaration d'un décès aura été faite, la mairie « fera parvenir au médecin vérificateur du décès « une feuille en double expédition, sur laquelle il « inscrira les nom, prénoms, sexe, âge, profes-« sion de la personne décédée; la nature de la ma-« ladie à laquelle elle a succombé et, autant que « possible, les conditions hygiéniques du domi-« cile.

En février 1875, une nouvelle circulaire de M. de Chabaud-Latour aux préfets rappelle leur attention, *sur avis spécial de l'Académie de médecine*, sur la nécessité de maintenir partout et toujours l'application des mesures ci-dessus: «Si, comme le « dit l'Académie, il n'existe point de pénalité « dans l'espèce, il serait possible du moins d'é-« tablir un contrôle en imposant l'obligation d'a-« dresser périodiquement aux sous-préfets un « état mensuel des individus décédés, en an-« nexant audit état tous les certificats de méde-« cins qui auraient constaté le décès, et *par là se « trouverait acquise la certitude que la loi a été ob-« servée.*

» En présence du grave intérêt qui s'attache « à cette question..., je vous invite à adresser à « MM. les Maires, par la voie du *Recueil adminis-« tratif*, « des instructions conformes aux indica-« tions qui précèdent et en en recommandant la « scrupuleuse observation à toute leur sollici-« tude. »

Voilà, certes, d'heureux correctifs, un complément raisonné et raisonnable aux dispositions par trop sommaires des articles 77, 78 et 81 de notre code civil : de second ou de troisième, à défaut de premier jet, nous légifions, nous réglementons assez bien en France. Lois et règlements sont parfaits en théorie ; ils ont toutes les qualités ; en pratique, ils n'ont qu'un seul défaut : semblables à la jument de Roland, ils n'existent pas. Ces lois et règlements ne valent, n'existent qu'autant qu'ils sont appliqués. Or, en 1875, le ministre de l'Intérieur faisait remarquer, non sans une certaine mélancolie, que le service médical réglementaire de constatation des décès faisait défaut dans 75 à 80 p. 100 des communes de France. Depuis, nous avons marché, et on ne le retrouve plus, fût-ce à l'état de souvenir, que dans 5 % à peine des communes ; il brille par son absence dans les 95 % restants de nos communes.

Quelques-unes d'entre elles, naïves, continuent à porter pour la forme, dans leur projet du budget, un modique crédit à ce chapitre. Il est arrivé, non rarement, que l'administration préfectorale, sans se laisser toucher par tant de candeur, a rayé purement et simplement le crédit en question.

Et cependant je ne sache pas qu'aucune nouvelle loi, qu'aucun nouveau règlement administratif soit intervenu ; je ne sache pas que les progrès, si marqués qu'ils aient pu être, des sciences médicales ou para-médicales, aient mis entre les mains de quiconque, plus particulièrement des officiers de l'état civil, de sûrs et pratiques moyens de savoir sans avoir appris et de se trouver ainsi à même de distinguer la mort réelle de la mort apparente, la mort naturelle de la mort par suicide ou par homicide.

Pourquoi, dès lors, cette incurie? Pourquoi cette insouciance ? Quel moment choisit-on pour laisser tomber dans l'oubli, dans le sommeil, ces mesures rationnelles, élémentaires de surveillance et de préservation des existences ? Celui précisément où nous étreint l'angoissant problème de la dépopulation française ; celui où dans les préoccupations de l'opinion ne cesse de grandir le prix de la vie humaine, préoccupations que le législateur s'efforce de traduire dans les dispositions de la nouvelle loi sanitaire visant la protection de la santé publique !

Si, au 15-19 février 1902, l'organisation du service médical de constatation des décès n'avait existé, en sommeil du moins et sur le papier, on peut dire qu'il eût fallu l'inventer : la loi de 1902 suppose cette organisation, et elle n'aura son effet, elle ne vivra, au sens du mot latin (*non est vivere, sed valere vita*), qu'à la condition que les lois et règlements portant organisation de ce service seront réveillés et appliqués.

En effet, et tout d'abord, l'un des principaux soucis de la loi de 1902 est celui de la lutte à poursuivre contre les maladies évitables, contagieuses, épidémiques, et, en conséquence, elle organise rigoureusement, avec la déclaration de ces maladies, l'isolement du malade et la désinfection. Or, en l'absence de toute constatation obligatoire médicale des décès et des causes de décès, que va-t-il se produire immanquablement,

au moins dans un certain nombre de cas ? Des malades, des enfants surtout, pourront succomber en quelques jours, parfois en quelques heures, et sans qu'on ait eu ou pris le temps de mander le médecin, aux suites de quelque affection contagieuse, épidémique, grave : diphtérie, scarlatine, variole, choléra, suette, etc. Par ignorance, insouciance, dissimulation, la famille n'accusera pas la cause réelle du décès ; elle n'y est point tenue d'ailleurs. Le cas contagieux n'existe pas, ou, du moins, il est comme s'il n'était pas. Et alors les enfants cohabitent avec le décédé, vont continuer à s'imprégner à leur aise des germes de l'affection et les transporter à l'école, et les distribuer à leurs petits camarades ; — l'inhumation, qu'il y aurait lieu de précipiter et d'effectuer dans des conditions spéciales se fera, en toute tranquillité, dans les formes ordinaires, comme et quand il plaira à la famille, dans le cimetière, en plein centre du village et peut être au-dessus de la *source* qui l'alimente; l'exhumation, le transfert du corps, s'il y a lieu, seront effectués sans précautions aucunes ; — le jour de l'enterrement, les voisins, amis et parents, ignorants du danger, pénètreront et séjourneront dans le local infecté, où le décédé a été soigné, et où se trouve le cercueil ; le cercueil, non étanche, sera porté à bras, tandis que les enfants des écoles, admis dans le local infecté, s'empareront des couronnes, palmes ou bouquets placés sur le lit du malade, puis sur le cercueil. Enfin, chose infiniment plus grave, ni le local, ni la literie, ni le linge de corps, ni les effets du décédé ne subiront la désinfection. Et l'on se demandera, quelques jours ou quelques semaines plus tard, quelle peut bien être l'origine d'une épidémie qui jettera le deuil dans les familles et dans les communes.

Quelle fissure, ou plutôt, quel éventrement dans l'armature défensive combinée avec tant de soins par la nouvelle loi sanitaire ! Pourquoi tant de rigueur à l'encontre des malades contagieux, et un tel abandon en face de certains décédés non moins contagieux ? Suffit-il donc que le malade soit mort pour que la contagion perde ses droits ?

Il y avait là une lacune à la loi, lacune tellement flagrante, tellement irrationnelle que dès le mois de février 1907, la *Revue pratique d'hygiène municipale* la signalait à ses lecteurs en publiant le procès-verbal de l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France : celle-ci, saisie par le Syndicat médical de Montaigu (Vendée), s'inspirant à cet égard d'une résolution antérieure du syndicat de Nantes, signalait « l'irrégularité habituelle des déclarations de décès, telles qu'elles se font dans « presque toutes les campagnes, sans certificat « de décès et sans visite du médecin, ni *du maire...* » L'assemblée, après discussion, vota, à « l'unanimité des membres présents, les conclusions du rapport de M. le Dr Guiberteau, conclusions dont j'extrais les passages les plus caractéristiques : Le Syndicat, considérant que « les déclarations de décès, dans la plupart des « communes rurales, ne sont accompagnées par « aucun certificat médical, et qu'un malade peut « avoir été emporté rapidement par une maladie « contagieuse sans qu'aucun médecin ait été appelé à le visiter et sans que la municipalité le « sache et puisse prendre des mesures de désinfection,... qu'il peut y avoir également des cas « de léthargie ou d'infanticide qui passent inaperçus, convaincu que c'est du reste, le corollaire logique de la loi sur les déclarations des « maladies contagieuses, réclame que la loi qui « exige la déclaration des décès à la mairie soit « appliquée, et qu'aucune inhumation ne puisse « avoir lieu sans la production d'un certificat « dressé par un médecin, et dont les frais seront « à la charge des communes, qui pourront se « faire rembourser par la famille, si elle n'est pas « indigente. »

J'ajoute que ce certificat médical ne doit pas seulement constater que la mort est réelle, et qu'elle est *due à une cause naturelle*, c'est-à-dire qu'elle n'est le résultat ni d'une mort violente (accident du travail pouvant ouvrir des droits à indemnité à la famille du décédé), ni d'un suicide, ni d'un homicide par commission ou par omission ; — mais qu'il doit, de plus, mentionner la cause du décès, et, le cas échéant, les circonstances hygiéniques qui ont pu influer sur la genèse et le développement de l'affection cause du décès.

La loi sanitaire de 1902 dispose (titre I, art. 9, § 1, 2, 3 et suivants) : « pour les communes dans lesquelles, au cours des trois dernières années écoulées, la mortalité générale aura, sans interruption, dépassé la moyenne de la mortalité française correspondante, le « Comité d'hygiène du « département, ou par délégation de celui-ci, les « commissions sanitaires de circonscriptions de- « vront poursuivre une enquête sur les causes de « cette surmortalité et proposer, comme sanction pratique à donner à cette enquête, les « voies et moyens d'assainissement à mettre en « œuvre dans chacune de ces communes. »

C'est là, je ne crains pas de le dire, des nombreuses innovations de la loi sanitaire de 1902, la plus ingénieuse, la plus pratique et la plus efficace — si elle est appliquée, contrôle et sanction se trouvent à la fois assurés. Et il ne s'agit plus seulement ici, il importe de le noter, des seules maladies évitables, épidémiques, maladies dont, — la tuberculose exceptée, — il semble bien qu'on se soit singulièrement exagéré l'importance, surtout dans les campagnes, mais de toutes les maladies en général, maladies contagieuses aussi sans doute, mais maladies vingt fois plus nombreuses, par défaut d'hygiène individuelle (défectuosités de l'habitation, de l'alimentation), publique (mauvaise qualité des eaux, évacuation non assurée des matières usées, mauvais état de la voirie) et sociale (insuffisance de l'hygiène infantile, scolaire, industrielle, fléaux sociaux : tuberculose, alcoolisme, syphilis, etc.).

Mais sur quelle base les Comités d'hygiène des départements, les commissions sanitaires de circonscriptions vont-ils pouvoir édifier leur enquête? Il y a près d'un demi-siècle que mon regretté maître, le professeur Fonssagrives l'a proclamé : toute notion de prophylaxie générale, lorsqu'il s'agit d'une collectivité, repose sur la connaissance préalablement établie des maladies auxquelles est sujette cette collectivité, de la nature de ces maladies, et donc des causes des décès qui en résultent. On ne peut rien tenter, rationnellement, pour diminuer le nombre des décès sans savoir d'abord à quelles causes sont dus ces décès, puisque ce sont ces causes mêmes qu'il faut supprimer. Et la loi de 1902, loi de prophylaxie avant tout, aurait dû tout d'abord se préoccuper de mettre entre les mains des médecins, des hygiénistes, des administrateurs chargés de l'ap-

pliquer, une statistique suffisamment précise et loyale des causes de décès, — si elle n'avait supposé cette statistique réalisable, sinon réalisée en fait, grâce au service médical de constatation des décès qui *devrait* aux termes des art. 77, 78 et 81 du code civil, des instructions ministérielles de 1866 et de 1875) exister et fonctionner dans toutes les communes.

Telle a si bien été la pensée du législateur que, depuis tantôt dix-huit mois, les maires sont tenus de fournir à la fin de chaque trimestre, aux sous-préfets, un état des décès et des causes de décès survenus durant le trimestre dans leur commune : ces états, dans chaque arrondissement, sont transmis à l'un des membres de la Commission sanitaire de circonscription, lequel se charge de les dépouiller, de les classer et d'en tirer les éléments d'une statistique d'ensemble, par catégories d'âge et par nature des affections causes des décès. L'intention, bien conforme à l'esprit de la loi, est excellente ; il est seulement malheureux que les moyens de la réaliser n'existent pas en réalité ; plus malheureux encore qu'ils soient censés exister, ce qui dispense de chercher à les créer et à les faire fonctionner réellement. Dans ces conditions, il arrive ce qui devait arriver : de ces statistiques, — dont je puis parler savamment, puisque depuis dix-huit mois j'essaye d'en tirer la « substantifique moëlle » — il ne peut sortir rien de sérieux, sinon cette conclusion que leur mode d'établissement est à réformer complètement, et qu'il faut en revenir à l'observation pure et simple de la loi.

En effet, ces statistiques établies par les maires comment sont-elles fabriquées ou improvisées ? sur quelles bases et sur quels renseignements ? nul n'en sait rien, mais tout le monde peut s'en douter : elles sont faites « de chic », sur les on-dit de la rumeur publique, — en tout cas, sans le concours du médecin, qui n'est pas consulté ou qui, s'il l'est, se retranche et doit se retrancher derrière les obligations du secret professionnel. Il en résulte que, sauf dans les très rares communes urbaines où fonctionne, conformément à la loi, un service médical de constatation des décès, on ne meurt guère que de vieillesse, *d'usure* ou de maladies inconnues ou mal définies, ou encore en maladies classées, sans plus ample information, sous la rubrique vague (oh ! combien !) des « autres maladies ». On consent encore à porter les décès par « mort violente » et quelques suicides ; mais il est extraordinaire de voir à quel point, à l'encontre de tout ce que l'on sait, sont rares les décès par tuberculose, par cancer, par ramollissement, par alcoolisme, par syphilis, etc.

En l'absence, illégale, je ne me lasserai pas de le répéter, du service médical seul compétent, les maires font ce qu'ils peuvent ; mais 99 fois sur 100, ils ne peuvent rien, ou pas grand'chose : d'où, des bulletins statistiques où le puéril le dispute au grotesque. On y inscrit couramment que tels ou tels sont mort de maladie (ni plus ni moins que Monsieur de la Palisse) ; quelques-uns veulent bien ajouter : de maladie *naturelle*. Les plus intelligents laissent en blanc la colonne où doivent être inscrites les causes des décès, ou déclarent que ce n'est point là leur affaire, mais celle du médecin. Font-ils pas mieux que de s'abandonner à des inspirations fantaisistes dans le genre de celles-ci, qu'il m'a été donné de relever parmi beaucoup d'autres : 78 ans, décédé, *indisposition*. — 47 ans, *vieillesse* ; 33 ans, *vieillesse* ; — 1 jour, *vieillesse* (!!!) ; — 75 ans, *inconduite* ? — 45 ans, cause : *néant* (!?)... J'en passe et des meilleures.

Quelques maires se sont avisés de réclamer aux médecins traitants un certificat de décès : les médecins, pour la plupart, ont répondu qu'ils n'étaient tenus de fournir aucun certificat de ce genre ; les autres, plus débonnaires, ont envoyé des certificats où ils se sont contentés de mentionner la date du décès, l'âge et le sexe du décédé, les plus prolixes allant juqu'à ajouter : mort naturelle. Et nous voilà bien renseignés ! Blâmera-t-on cette réserve ? Supposé qu'on ait le droit, fort contestable, d'exiger du médecin la rédaction et l'envoi d'un certificat, besogne non rémunérée, encore faudrait-il assurer à sa déclaration, par un ensemble de mesures efficaces, toutes les garanties dues au secret professionnel, — ce qui n'existe ni en droit, ni surtout en fait. C'est ainsi que nos confrères de Belfort (ville de 35.000 hab.), avaient consenti, pendant des années, à fournir gracieusement le certificat en question, évitant à la ville des frais d'organisation et de fonctionnement du service médical réglementaire de constatation des décès : cela a duré jusqu'au jour où ils ont acquis la conviction que des faits regrettables se produisaient dans les bureaux de la mairie, livrant au public ou aux intéressés, dans certains cas, le secret de leurs déclarations : et, depuis lors, ils se bornent à la mention : mort naturelle.

Aussi lorsque, il y a quelques mois, les comités départementeaux d'hygiène et, par délégation, les Commissions sanitaires de circonscriptions furent mises en demeure de procéder, conformémément au titre premier, article 9, de la loi sanitaire de 1902, à une enquête sur les causes de la surmortalité observée au cours des trois dernières années dans certaines communes, grand fut leur embarras : un peu partout, si j'en juge d'après ce qui se passa dans nos départements comtois, elles réclamèrent tout d'abord la production d'une bonne statistique des décès, statistique qu'on ne put leur fournir par la raison très simple qu'elle n'existait pas, — alors qu'elle eût dû exister. Et alors, beaucoup, comme la première Commission sanitaire de l'arrondissement de Montbéliard, refusèrent nettement leur concours en inscrivant au procès-verbal de leur séance la délibération suivante :

« La Commission, après examen des renseignements trop succincts fournis par les maires « des communes, regrette de ne pouvoir fournir « à Monsieur le Ministre le travail qu'il demande.

« Il est, en effet, impossible de connaître pour « quels motifs la mortalité a été supérieure à la « moyenne, la plupart des inhumations étant faites dans les communes sans qu'un certificat « médical soit délivré.

« Pour remédier à ce fâcheux état de choses, « la Commission estime qu'il est nécessaire de « faire appliquer par les municipalités l'article « 77 du Code civil et d'exiger d'elles de ne délivrer à l'avenir aucun permis d'inhumation sans « production d'un certificat médical délivré par « le médecin traitant et indiquant son diagnostic. »

Au même moment, presque le même jour, la première Commission sanitaire de Besançon, sur mon rapport, décidait qu'elle enquêterait dans

les communes à forte surmortalité, — et rien de plus suggestif, rien de plus inattendu que les résultats de son enquête ! — mais que le vœu suivant serait d'autre part recommandé à toute l'attention de l'autorité préfectorale :

« La Commission sanitaire de la première cir-
« conscription de Besançon,

» Considérant qu'une enquête sérieuse dans
« les communes à forte surmortalité ne peut être
« orientée, conduite et conclue qu'à la condition
« qu'une statistique complète, précise et loyale
« des maladies causes des décès dans chacune de
« ces communes sera mise préalablement à la
« disposition des enquêteurs ;

« Considérant que ce *desideratum* ne peut être
« réalisé qu'au prix de l'organisation, dans toutes
« les communes, du service médical de constata-
« tion des décès prévu implicitement ou expli-
« citement par les articles 77, 78 et 81 du Code
« civil et les circulaires ministérielles en date de
« 1866 et de 1875, émet le vœu que les Pouvoirs
« publics rendent obligatoire, à brève échéance,
« dans toutes les communes, l'organisation et le
« fonctionnement de ce service. »

La chose n'ira pas, certes, sans quelque « tirage » — que l'on me passe l'expression : on n'a rien avec rien ; les temps héroïques sont passés, et les médecins entendront et feront entendre que les services qu'on leur demandera de ce chef devront être rétribués. Mais, si l'on veut bien y réfléchir, la dépense sera minime en somme : dans une commune d'importance moyenne, de 500 hab. environ, on enregistre de 10 à 12 décès par an au plus ; à 3 francs environ le certificat, c'est une dépense annuelle de 30 à 36 francs à inscrire au budget, somme dont les deux tiers au moins pourront être recouvrés par la commune dans les familles non indigentes ; restent 10, 12, 15 francs au plus de dépenses nouvelles à prévoir, ce qui est bien peu de chose en comparaison des services rendus.

Enfin, il faut bien le savoir : il ne servira de rien pour s'assurer le concours nécessaire du corps médical, de prévoir la rémunération du *certificat* si l'on n'entoure la production du certificat en question de toutes mesures utiles en vue de garantir le secret professionnel. Il devra donc être entendu que le certificat portant la cause du décès sera transmis, fermé, à l'adresse du maire qui, sans l'ouvrir, le transmettra au sous-préfet, celui-ci au médecin chargé de centraliser ces sortes de dé-

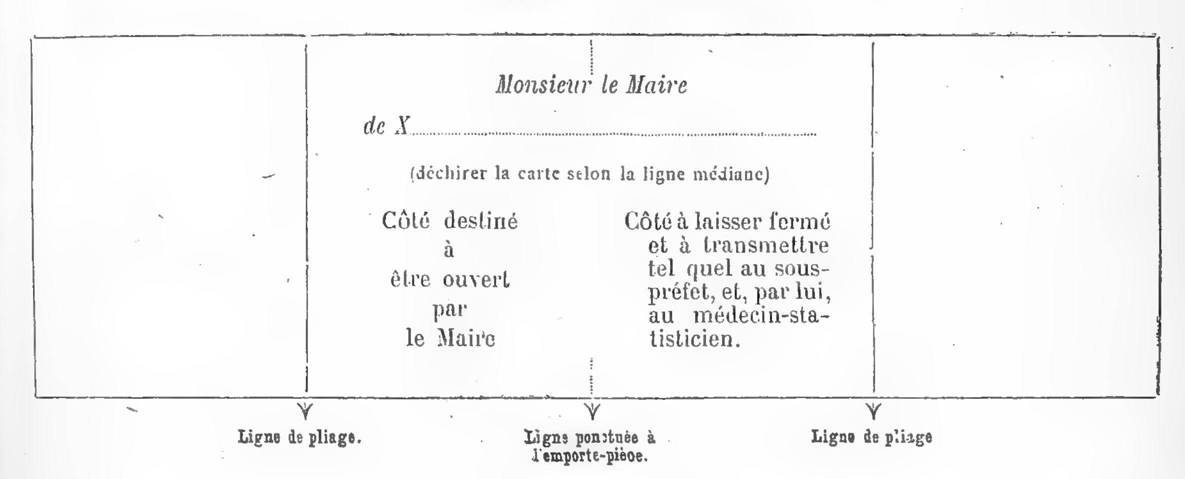
MODÈLE DU CERTIFICAT

A. — Recto du Certificat.

Marge gommée.	Côté réservé au Maire.	Côté réservé au Médecin-statisticien.	Marge gommée.
	Nom et prénoms : .... (du décédé) *Sexe* : .... *Age* : .... *Inhumation* { à accorder. / à refuser. / à avancer. *Désinfection* (?) { opérée. / à opérer.	*Sexe* (du décédé) .... *Age* : .... *Etat-civil* : .... *Maladie cause du décès* : .... *Observations* :	

Ligne de pliage. — Ligne ponctuée à l'emporte-pièce. — Ligne de pliage.

B. — Verso du Certificat


Monsieur le Maire

de X ....

(déchirer la carte selon la ligne médiane)

Côté destiné à être ouvert par le Maire	Côté à laisser fermé et à transmettre tel quel au sous-préfet, et, par lui, au médecin-statisticien.

Ligne de pliage. — Ligne ponctuée à l'emporte-pièce. — Ligne de pliage

clarations, de les classer et de les utiliser pour la statistique, avec mission de les détruire ensuite. Comme, d'autre part, certaines indications consignées dans le certificat de décès sont nécessaires aux maires de la commune, il y aura lieu, si l'on ne veut exiger un double certificat, chose peu pratique, pouvant donner lieu à certaines erreurs et complications, de réunir et ces indications réservées au maire, et celles réservées au médecin statisticien, dans une sorte de carte-enveloppe gommée à double pliage, du modèle à peu près ci-dessus.

Dans chaque mairie, des bulletins-certificats de ce modèle ou d'un modèle analogue seraient mis à la disposition du médecin ou des médecins chargés de la constatation des décès ; ces médecins, sauf dans les villes assez importantes pour jouir d'un service proprement dit, autonome, de constatation médicale des décès, seraient les médecins traitants, et il y aurait tout avantage à ce qu'il en fût ainsi partout. Ces médecins, en quelques traits de plume ou en quelques mots ou chiffres surajoutés rempliraient le bulletin-certificat, le plieraient, et, après l'avoir fermé après mouillage des marges gommées, le transmettraient au maire. Celui-ci le déchirerait en deux selon la ligne médiane jonctrice, prendrait connaissance de la moitié du certificat qui lui est destinée et transmettrait l'autre moitié, toujours fermée, à l'appui de sa statistique trimestrielle, au sous-préfet, par lequel il arriverait avec les mêmes garanties pour le secret professionnel, au médecin statisticien. Celui-ci, ses états récapitulatifs une fois dressés des décès par communes, cantons, arrondissements, par âge des décédés et nature des maladies causes de décès, brûlerait tous ces certificats.

C'est un mode de procéder qui me semble présenter le double avantage d'être assez simple, nullement coûteux, très sûr et de garantir pleinement le secret professionnel. Mais je n'y tiens pas plus qu'à tout autre qui, plus ou moins analogue, pourrait être plus simple, et partant meilleur encore. La question vue par ce petit bout est infiniment secondaire. Ce qui importe, c'est d'aboutir vite et de rendre obligatoire parce que possible, et possible parce que pratique, l'organisation ou la réorganisation, dans toutes les communes de France, du service médical de la constatation des décès tel que l'ont voulu, spécifié ou supposé les lois et règlements existants.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La révision du tarif Dubief.

On s'y prépare pour une date prochaine.

A ce propos nous venons de lire dans des journaux... financiers (*Semaine*, *Messager de Paris*) des articles où nos syndicats sont assez joliment arrangés. Bien entendu nous n'avons cure de ces aménités pas plus que des risibles conseils sur la façon de mener les conversations prochaines, car ce coup-là on nous l'a trop fait.

Il nous paraît plus utile d'enregistrer l'avis autorisé que contient l'article suivant emprunté au *Progrès médical*.

Conflits à propos d'honoraires entre médecins et collectivités. Nécessité des commissions mixtes d'arbitrage.

Dans les conclusions d'un rapport au Congrès des praticiens, nous avons exprimé la nécessité de créer des commissions mixtes d'arbitrage chargées de régler les conflits entre les médecins traitants et les collectivités ou compagnies d'assurances qui assurent la responsabilité des honoraires médicaux. Cette idée, qui ne nous était nullement personnelle, est depuis de très longues années réalisée pour l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite. Dans les départements où le libre choix du médecin est adopté, et ce sont les plus nombreux, les Commissions de contrôle fonctionnent et vérifient les mémoires d'honoraires présentés par les médecins. Ces commissions, formées de délégués du corps médical et des pharmaciens, généralement désignés par leurs syndicats respectifs et nommés par le préfet, se montrent parfois fort sévères pour les abus qu'elles constatent et d'autre part prennent la défense des médecins et des pharmaciens consciencieux, si l'Administration départementale, insuffisamment éclairée, formule contre eux d'injustes griefs.

Ces commissions de contrôle deviendraient des commissions d'arbitrage, car, pour les collectivités en rapport avec les médecins, nous les voudrions pourvues d'une autorité légale et d'une compétence plus étendue.

Est-il besoin de montrer tout l'intérêt que présenteraient ces commissions d'arbitrage et les avantages qu'en retireraient également les médecins et les collectivités ? Pour bien montrer ces avantages, nous nous bornerons à examiner le cas des compagnies d'assurances accidents.

Lorsque pour le règlement d'un sinistre de faible importance, un praticien adresse sa note à une compagnie d'assurances, régulièrement il reçoit en réponse une invitation à venir toucher à la caisse le chiffre de ses honoraires diminué de 20 à 25 pour cent. Le fait s'est produit pour nous plusieurs fois, et comme nos notes d'honoraires étaient conformes au tarif officiel des accidents du travail, comme les soins avaient été scrupuleusement réduits à un minimum de visites indispensables, nous ne pouvions expliquer ce rabais que par une manœuvre que nous nous dispenserons de qualifier de la part des compagnies en cause. Nous supposâmes qu'elles tenaient ce raisonnement : « Ce médecin qui nous réclame 125 francs et auquel nous en offrons 100, se précipitera à nos guichets, heureux d'encaisser le montant de nos offres. A Paris, le praticien gagne péniblement sa vie, il a besoin d'argent et doit par conséquent consentir au rabais. S'il ne veut pas accepter, nous le laisserons poursuivre et bien que le Syndicat des médecins de la Seine ait organisé un service de recouvrements à prix réduits pour les honoraires d'accidents du travail, le médecin hésitera à attendre son argent et à faire des frais qui seront toujours relativement élevés, vu la modicité de la somme à percevoir. Et puis si nous allons devant le juge de paix, nous contesterons l'utilité des soins, on nommera un expert, le médecin devra se déranger, perdre son temps et quand il aura passé une fois par là, il ne voudra plus recommencer, même en ayant gagné son procès. Si donc le fait se reproduit 2.000 fois dans un an, ce qui est possible, car les petits accidents sont les plus nombreux, nous aurons réalisé du fait de cette réduction d'honoraires un bénéfice de 50.000 francs sur le corps médical ; ce qui n'est pas à dédaigner »

Nous fîmes part de nos griefs à un administrateur de compagnie d'assurances, homme intègre et droit, qui certes, se serait refusé à l'application du petit calcul indélicat ci-dessus, qui doit être fait par certaines compagnies. Il ne fut pas étonné :

«Docteur, nous répliqua-t-il, tout ceci est fort simple, on vous fait le coup du charron, voilà tout ».

Et comme nous restions ébahi :

« Ah ! vous ne savez pas ce que c'est que le coup du charron. C'est cependant bien connu et bien simple. Quand un charron, comme tout autre entrepreneur de travaux, du reste, produit une note en règlement de compte, cette note est toujours surfaite de 25 pour cent. Nos employés sont chargés de faire automatiquement la réduction lors du paiement de la note.

« Et comme ils sont persuadés que les mœurs des médecins et ceux des charrons sont les mêmes, ils font subir aux honoraires médicaux les mêmes réductions. Donc à la situation dont vous vous plaignez je ne vois qu'un remède, faites comme le charron, surfaites de 25 % votre note, vous subirez la réduction et vous ne serez pas lésé ».

Nous restâmes confondu ; jusqu'ici nous avions considéré comme un point d'honneur et une question de probité de ne réclamer que le prix exact de ce que nous croyions nous être dû.

Prêt à toutes les réductions pour les petits et les humbles, nous nous étions toujours montré intransigeant pour les gens riches, qui par cupidité nous demandaient des réductions d'honoraires. Est-ce que le médecin va laisser assimiler l'appréciation de ses soins à celle d'une réparation de voiture ou d'une entreprise de maçonnerie ? N'est-ce pas là une atteinte portée à la dignité du médecin, à la dignité du malade, à la dignité humaine ? D'autre part si, dans quelques usines à pansements organisées par des hommes d'affaires véreux associés à des médecins cupides ou à de malheureux praticiens que la misère rend aptes à toutes les besognes (il paraît qu'il en existe), on surfait les notes d'honoraires et l'on manque de conscience, disons même d'honnêteté, si l'on y exagère les prétendus soins donnés aux blessés, pouvons-nous reprocher aux Compagnies d'assurances de se défendre?

Evidemment non. Nous ne trouvons à cela qu'un remède, l'organisation de commissions d'arbitrage organisées après accord entre compagnies d'assurances et syndicats médicaux. Aussi avons-nous applaudi sincèrement lorsque notre distingué confrère, le Dr Dally, a fait présenter au Conseil du Syndicat des médecins de la Seine un projet d'organisation de ces commissions, projet très étudié, où l'esprit clair, précis et pratique de l'auteur se révèle.

Et nous n'avons pas été surpris d'apprendre de la bouche de notre collègue au Conseil du Syndicat, le Dr Lecerf, d'Asnières, qu'une importante Compagnie d'assurances avait accepté d'enthousiasme la réalisation de ce projet à la première proposition du Syndicat des médecins de la Banlieue-Ouest de Paris.

J. Noir.

Caisse des Pensions de retraite du corps médical français.

Réponse à quelques questions.

Mon cher ami,

Voulez-vous me permettre d'emprunter la voie de votre excellent journal pour répondre à deux questions (ou plutôt à une objection et à une question) qui me sont souvent adressées depuis quelque temps par les confrères qui désirent faire partie de la caisse.

Objection. — Les différences entre les primes des compagnies d'assurances et celles de la caisse n'existent pas : il n'y a donc pas lieu de choisir plutôt la caisse qu'une compagnie d'assurances.

Deux réponses peuvent être faites à cette objection. D'abord, celle de la différence des tarifs : notre actuaire s'en est déjà occupé. En 1904..., à l'Assemblée générale.

M. le Dr S. lui demanda si les nouveaux tarifs établis par lui ne sont pas trop élevés : il constate que ces tarifs se rapprochent de ceux des compagnies d'assurance. Par exemple, à l'âge de 40 ans, tandis qu'une compagnie d'assurances demanderait une prime de 416 fr. 28, le tarif A demande une prime de 390 fr. ; il se demande si cette différence n'est pas trop faible.

M. Fleury, actuaire, répond que d'abord les chiffres comparés ne sont pas comparables. La Caisse des pensions et les compagnies ne comptent pas l'âge de la même façon ; la Caisse des pensions rajeunit en somme d'une année ses nouveaux adhérents puisqu'elle prend l'âge qu'ils avaient au 1er janvier de l'année de leur adhésion. De plus, il n'y a pas assimilation entre la rente semestrielle prévue au tarif de la compagnie et la rente payable annuellement. Si les compagnies comptaient l'âge et servaient la rente comme la Caisse des pensions, elles demanderaient non pas 416,28, mais 444,34, chiffre qui représente une différence bien plus notable avec 390, soit 54 fr. et au bout de 20 versements, 1.080 fr.

Si l'on veut comparer les primes de notre Caisse avec celles des retraites pour la vieillesse, on voit que cette dernière a certainement des tarifs très avantageux (calculés au taux de 3 1/2 %, notre caisse 3 % environ). Par contre, la table de mortalité de la caisse nationale est moins rapide que celle qui a été employée pour nos tarifs. La caisse nationale a en outre un inconvénient sérieux, c'est qu'elle ne garantit nullement l'application de son tarif pour les versements futurs.

La seconde réponse à l'objection formulée, je l'ai déjà faite plusieurs fois. L'adhérent à une compagnie d'assurances quelconque est déchu de ses droits et l'argent qu'il a versé est perdu, (sauf s'il a versé plusieurs primes), s'il est en retard d'une année pour le versement de la prime. Dans notre Caisse, rien de semblable : si l'adhérent ne peut payer sa prime 2, 3, 4 ans, il n'est pas déchu de ses droits par ce défaut de paiement. Il reste toujours membre de la caisse et il touchera une retraite proportionnelle à ses versements pourvu qu'il ait versé 15 primes. (Je reviendrai à la fin de cette lettre sur une demande qui se rapporte à ce que je viens de dire.) On voit de suite combien la situation n'est plus la même entre l'adhérent à une Compagnie et l'adhérent à notre caisse. Prenons le cas cité plus haut : non seulement, notre adhérent versera 1080 francs de moins, mais, il a 5 ans pendant lesquels il pourra ne pas verser sans déchéance pour son titre d'adhérent. Il est bien entendu qu'il n'a plus, dans ce cas, la retraite type, c'est-à-dire celle résultant des 20 versements, mais une retraite proportionnelle à ses 15 versements.

Je laisse de côté la solidarité professionnelle et l'avantage de pouvoir s'adresser à l'association générale en cas d'impossibilité de payer momentanément ses primes, bien que ce dernier point soit très important.

Un autre médecin me demande si les femmes de médecins peuvent faire partie de la Caisse sans être membres de l'Association générale. Les statuts sont formels à cet égard, conformément à la

loi de 1898. En effet, d'après cette loi, il est, actuellement, défendu d'être membre de la Caisse si l'on n'est pas membre de l'Association générale.

« *Art.* 3. — Les femmes des médecins faisant partie de la société sont assimilées aux médecins et peuvent être admises *aux mêmes conditions*, diplôme excepté, pour jouir des mêmes droits et des mêmes avantages.

Or, l'article 8 dit que pour être admis à participer à la Caisse des retraites, il faut fournir la preuve qu'on appartenait à l'Association générale des médecins de France et, en note : « Dans le cas où la société médicale adhérente à l'A. G. dont fait partie le mari n'admet pas les femmes de médecins, ces dernières devront s'adresser à la société Centrale des médecins de France.

Un confrère m'écrit : Voudriez-vous me commenter l'article 14 des statuts. Si le participant n'a versé que 14 cotisations annuelles, sa retraite ne peut être liquidée et alors que deviennent les primes versées :

1° Si elles ne sont pas contre-assurées ;

2° Si elles sont contre-assurées.

Voici ce que j'ai répondu.

1° En tout état de cause, les droits du participant n'étant jamais périmés, l'argent versé ne peut être remboursé.

Supposons un médecin qui entre dans la Caisse à 25 ans, il doit verser, pour avoir la retraite type, pendant 35 ans, à 60 ans d'âge. Il fait 14 versements ; il a donc encore 21 versements à faire. Trois cas peuvent se présenter alors :

a) Il continue ses versements annuels jusqu'au 35ᵉ, il aura la retraite type à 60 ans.

b) Il fait encore un versement, puis plus un seul, il aura droit à 60 ans, à une retraite proportionnelle à ses versements.

c) Il ne fait que ses 14 versements. Comme les statuts exigent pour avoir une retraite 60 ans d'âge, et la loi 15 versements, lorsqu'il arrivera à 60 ans, il ne pourra toucher sa retraite, mais comme ses droits ne seront pas périmés, qu'il pourra toujours faire ce 15ᵉ versement, l'argent ne revient à la caisse qu'à sa mort.

2° Le cas est beaucoup plus simple, si les primes sont contre-assurées. L'argent versé est remboursé aux héritiers à la mort du participant.

Dʳ DELEFOSSE,
Secrétaire général.

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Solidarité médicale.

La plupart des journaux professionnels ont relaté l'acte de solidarité accompli par un confrère du Hainaut (Belgique). C'était, on s'en souvient, à propos de l'A. G. Trois confrères sur quatre ayant été évincés par la Commission d'Assistance, malgré l'intervention du gouverneur du Hainaut, qui recommandait le « libre choix » pour les indigents, l'ancien titulaire, le docteur Cuvelier, s'engagea, d'accord avec le Syndicat médical de Mons, à assurer le service et à partager les honoraires avec ses confrères.

Nous avons mieux ici. Oyez plutôt ce qu'un Conseiller général du Nord, défenseur du « libre choix », racontait à ses collègues dans la fameuse séance du 28 août dernier : « Dans une commune que je représente au Conseil général, il fallait nommer un médecin titulaire de l'A. M. G. Le médecin le plus proche réside à deux kilomètres, un second réside à quatre kilomètres, un troisième à six kilomètres.

» On présente à l'Administration préfectorale le médecin le plus rapproché de la commune. Celle-ci fait la sourde oreille et nomme le médecin... le plus éloigné. Refus catégorique de celui-ci. On présente à nouveau le premier. L'Administration répond en titularisant celui qui réside à quatre kilomètres. Nouveau refus non moins catégorique.

» Et l'Administration finit par où elle aurait dû commencer, elle nomma le premier. »

Le *Petit Praticien*, après avoir envoyé aux deux valeureux confrères ses sympathiques félicitations pour l'acte de bonne solidarité qu'ils ont accompli, se permet de faire quelques réflexions à ce sujet :

Forcer les indigents à recourir aux soins d'un médecin qui réside à 6 kilomètres, alors qu'ils trouvent à leur porte un confrère qui a le malheur de ne pouvoir montrer patte blanche, cela ne se rencontre que dans les rayons de la philanthropie officielle.

Mettre une administration publique en demeure de conformer ses décisions aux justes revendications des médecins praticiens, cela s'appelle une victoire de « *l'Esprit syndical.* »

Après cette histoire, le « libre choix » s'impose.

(*Le Petit Praticien*).

CORRESPONDANCE

La généralisation abusive du tarif Dubief.

Dinan, le 11 octobre 1907,

Monsieur le Directeur,

A propos de la prétention émise par l'Administration des Ponts et Chaussées, d'imposer aux médecins le tarif Dubief pour les soins donnés aux cantonniers, je tiens à vous signaler ce qui s'est passé à Dinan, il y a quelques années. J'avais jusque là, soigné quelques cantonniers au tarif local, et aucune difficulté n'avait été soulevée. Or, un matin, je reçois la visite d'un *jeune homme* d'une douzaine d'années, qui m'aborde ainsi : « Monsieur le Docteur, mon père, Monsieur B..., (conducteur des ponts et chaussées), m'a chargé de vous apporter ce papier à signer », et il me tend une feuille. Je prends la feuille, je lis : c'était un engagement de soigner les cantonniers au tarif de l'Assistance médicale des Côtes-du-Nord. Ce tarif n'est pas très compliqué : la consultation au cabinet, gratuite ; — la visite dans l'agglomération habitée par le médecin, 1 fr. ; — la visite avec déplacement, 1 fr. par kilomètre parcouru à l'aller seulement, aucune fraction de kilomètre n'étant admise en compte).

Je réponds « l'Etat n'est pas un indigent, je ne signerai pas votre papier ». Renseignements pris, la même démarche fut faite auprès de tous mes confrères : inutile d'ajouter que plusieurs des confrères, à ma connaissance, sinon tous acceptèrent le tarif de l'A. M.

Conclusion : je continue de soigner des cantonniers comme par le passé, au tarif local, et

mes notes d'honoraires ne sont pas contestées. Pourquoi donc les confrères auxquels les Ponts et Chaussées, veulent imposer le tarif Dubief ne refuseraient-ils pas d'accepter ce tarif. Quant à moi, si semblable proposition m'est faite, ma réponse ne sera pas douteuse.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Haquin.

Je vous autorise à publier cette lettre dans le *Concours*, sous ma signature, si vous le jugez bon.

L'apprentissage et l'exercice du massage.

L'obligeance d'un de nos confrères nous permet de publier l'intéressante lettre qui suit :

Paris, le 6 octobre 1907.

Mon cher Confrère,

Vous voulez bien, sous les auspices du *Concours Médical*, me demander *comment on devient masseur ou masseuse et les avantages financiers ou autres qui sont attachés à cette profession.*

Je crois utile de vous dire d'abord comment je suis moi-même devenu masseur et pourquoi j'ai fondé l'*Ecole française d'orthopédie et massage.*

C'est, en effet, en ma qualité de directeur de cette Ecole que le *Concours Médical* a bien voulu vous adresser à moi.

Je fus frappé, pendant mes études, du nombre de malades qui se présentaient à l'hôpital après avoir été soignés par des empiriques (rebouteurs, masseurs, magnétiseurs ou autres), et l'idée me vint de me livrer à une enquête approfondie sur les agissements de ces illégaux de la médecine.

Grande fut ma surprise de voir la quantité d'affections qu'ils guérissaient, uniquement par le massage, et la quantité plus grande encore d'individus qu'ils estropiaient par des manœuvres intempestives, inopportunes ou brutales.

C'est alors que j'eus l'idée d'étudier moi-même et de mettre plus tard à la disposition des confrères ce vieux mode de traitement qu'ils délaissaient ou dédaignaient : *le massage.*

Le médecin ne fait pas de massage, soit parce qu'il l'ignore, soit parce que ses occupations professionnelles ne lui laissent pas le temps d'en faire.

Créer une école de massage où les docteurs en médecine auraient libre accès et où les profanes acquerraient les notions suffisantes pour devenir des aides instruits entre les mains des médecins désireux d'appliquer le massage me semblait donc une nécessité. Je n'ignorais pas, d'autre part, que des écoles semblables existaient en Suède et en Allemagne.

Je créai donc, il y a une vingtaine d'années, l'*Ecole française d'orthopédie et massage* aidé en cela par les conseils de mon maître regretté, le docteur Péan.

L'idée fut heureuse, car plusieurs centaines d'élèves viennent se faire inscrire tous les ans à cette Ecole et presque tous y sont adressés par les médecins eux-mêmes.

L'instruction préliminaire exigée des candidats n'a pas besoin d'être bien considérable ; il est nécessaire seulement qu'ils aient fait des études primaires suffisantes et puissent comprendre et retenir l'enseignement qui leur est donné. Malgré cela, nombreux sont les bacheliers, les étudiants en médecine, les sages-femmes et les élèves de diverses Facultés qui viennent suivre nos cours.

Cet enseignement comporte l'anatomie élémentaire, analogue à celle qu'on enseigne à l'Ecole des Beaux-Arts ; l'hygiène, à peu près la même que celle qu'on étudie dans les écoles d'infirmiers et d'infirmières ; et enfin le massage et ses applications.

Pour cette dernière branche, est annexée à l'Ecole une clinique gratuite pour les indigents.

Lorsque l'élève quitte l'Ecole où il est astreint à venir trois fois par semaine, l'après-midi, il connaît très suffisamment le massage pour le pratiquer sous la direction d'un médecin, sans que ce dernier puisse craindre des imprudences de la part de son aide.

Mais l'aide-masseur ou masseuse a appris à l'école quelque chose de très important également, il a appris que la science médicale ne s'acquiert pas en trois mois ; il a appris que tout individu qui veut exercer la médecine sans diplôme et sans une instruction suffisante, non seulement s'expose à des poursuites pour exercice illégal, mais encore à des peines plus ou moins graves pour blessures ou homicide par imprudence ; il sait que les indications d'un traitement quelconque, même et surtout du massage, ne peuvent être connues et fournies que par le médecin qui seul a l'aptitude et les connaissances indispensables pour cela.

Voilà pour l'instruction. Quels sont maintenant les « avantages financiers ou autres ».

D'abord, au point de vue moral, le masseur ou la masseuse qui a acquis des notions suffisantes est bien plus apprécié par le médecin qui l'emploie que celui qui s'est intitulé masseur tout simplement parce qu'il a vu *frotter* dans un établissement de bains ou parce qu'il a lu un ouvrage quelconque sur le massage.

En second lieu, la profession de masseur ou de masseuse, est, pour celui qui a su se faire apprécier par les médecins de la ville où il exerce, assez lucrative, ou tout au moins plus lucrative que les autres professions manuelles.

Suivant les cas, et suivant la fortune des clients, les séances de massage se paient couramment un, deux, trois et cinq francs et durent, suivant les indications, une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure, et même quelquefois plus (obésité, paralysies, massages généraux, etc.). Peu de métiers rapportent autant à l'heure.

D'autre part, le médecin n'est pas lésé, car, s'il *n'est pas spécialiste en massage, sa clientèle ne* lui permettra pas de passer des heures à faire une besogne, la plupart du temps pénible, et pour une rémunération si peu en rapport avec ses honoraires habituels, même les plus réduits ; il se réservera les massages délicats (massage gynécologique ou autres), que l'aide ne peut pas et ne doit pas faire et qui, du reste, ne lui sont pas enseignés à l'Ecole ; s'il est spécialiste en massage, il ne pourra trouver que dans quelques grandes villes des clients assez nombreux et assez fortunés pour lui payer de multiples séances qu'il ne peut décemment pas faire à un prix inférieur à dix ou même vingt francs.

Cela a été si bien compris que, pour un simple massage d'une région limitée, la loi sur les accidents du travail, qui ne vise que les ouvriers, prévoit un minimum de cinq francs dans les grandes villes, et encore pour le pied ou la main seulement.

Combien y a-t-il de malades chez qui le traitement doit être pratiqué pendant des mois et souvent des années et qui, ne pouvant en faire les frais faute de ressources suffisantes, se verraient réduits à se priver du seul traitement susceptible de les soulager ou de les guérir ! C'est dans ces cas surtout qu'intervient le masseur ou la masseuse, sous la direction d'un médecin.

Les dépenses occasionnées par l'apprentissage de

ces aides-masseurs sont très minimes ; l'élève n'a à débourser qu'une somme de cent francs pour son instruction, et il reçoit à sa sortie un certificat signé de moi, constatant qu'il est apte à traiter par le massage *les malades qui lui seront confiés* par le médecin. Il appose également sa signature au-dessous de la phrase suivante imprimée à l'avance :

Je m'engage à ne soigner par le massage que les malades auxquels ce traitement aura été donné par un médecin et après avis de ce médecin, sous peine de tomber sciemment sous le coup des articles 16 *et* 18 *de la loi du* 1er *décembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine.*

De cette façon, s'il entreprenait un traitement quelconque et était poursuivi par un syndicat médical, il ne pourrait arguer de sa bonne foi en montrant son certificat, car c'est sa propre condamnation qu'il aurait signée à l'avance.

Enfin, tous les ans, un certain nombre d'établissements thermaux nous demandent des masseurs ou des masseuses. Pour ceux-là, un cours supplémentaire comprenant l'hydrothérapie, le massage sous l'eau, la préparation des divers bains, etc.,les soins de pédicure et de manucure, est annexé à l'Ecole.

Je crois, mon cher confrère, avoir répondu avec autant de détails que possible aux diverses questions que vous me posez et je vous remercie d'avance de bien vouloir faire insérer cette réponse dans le *Concours médical* que tant de médecins lisent avec intérêt et que je tiens à remercier ici également, pour l'affabilité que ses rédacteurs ont toujours montrée à mon égard.

Veuiller agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels et dévoués.

Dr Paul Archambaud.

Directeur de l'Ecole française d'orthopédie et massage, 21, rue Cujas, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Bureaux d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour les villes ci-après, dans les conditions respectivement déterminées par les arrêtés municipaux :

Fougères (Ille-et-Vilaine), arrêté municipal du 15 juillet 1907 ; traitement : 4.000 francs.

Rennes (Ille-et-Vilaine), arrêté municipal du 21 septembre 1907 ; traitement : 4.000 francs.

Roanne (Loire), arrêté municipal du 16 septembre 1907 ; traitement : 4.500 francs.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 31 octobre 1907, pour adresser au Ministre de l'Intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

La demande doit préciser, notamment, la date de naissance du candidat et la date des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible, et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

A la date du 2 octobre 1907, la même note a été insérée au *Journal Officiel* en ce qui concerne le bureau d'hygiène de Roubaix (Nord). Traitement alloué : 5.000 francs. Le délai pour faire acte de candidat, expire le 21 octobre 1907.

Dîner de la société fraternelle du Caducée. — La réunion statutaire du 1er jeudi de novembre aura lieu le 7 novembre, à la Brasserie du Nègre, 17 bd Saint-Denis.

L'ordre du jour comporte : allocution du président : admission des membres nouveaux ; comptes du trésorier ; questions diverses.

L'Assemblée générale sera suivie d'un banquet. (Le prix est de 6 fr. 50, service compris.)

Prière d'envoyer, le plus tôt possible, les adhésions au Dr Granjux, 5 *bis*, rue St-Paul.

Toujours les diplômes et certificats spéciaux. — Ils se défendent dur et s'accrochent aux basques des redingotes administratives. C'est ainsi que nous recevons un numéro du *Bulletin des médecins sanitaires maritimes* où nous espérions trouver des arguments irréfutables, vu l'envoi spécial qui nous était fait. A notre grande stupéfaction, l'article qu'il contenait et que nous nous serions fait un devoir de publier, ne compte que des attaques et de la polémique personnelle : cela sort de notre cadre et nous nous abstenons de le reproduire.

Dîner des anciens médecins de la marine. — Suivant la tradition, notre ami M. le Dr Dedet (de Martigny) 25, rue Marignan, Paris, organise l'agréable dîner d'hiver des anciens médecins de la marine, pour le mardi 5 novembre à 7 h. 1/2 du soir au cercle militaire, 49, rue de l'Opéra. Cotisation : 12 francs. Tenue de ville.

Les anciens médecins et pharmaciens de la marine qui n'auraient pas reçu de lettre d'invitation y sont admis sur présentation d'adhérents. Les officiers en activité sont admis de droit.

Envoyer l'adhésion (l'avant-veille au plus tard) au Dr Dedet, 25, rue de Marignan, Paris.

Ecole pratique d'odontologie et de stomatologie. — *Enseignement spécial de la chirurgie dentaire réservé aux docteurs en médecine.* — 1. Travaux pratiques sur fantôme ; 2. Travaux pratiques de prothèse au laboratoire ; 3. Clinique de dentisterie opératoire et de prothèse,

Le cours a une durée minimum de six mois avec facilité de prolongation, à la volonté de l'élève.

Les malades admis à la Clinique de l'école reçoivent gratuitement les soins et appareils, ce qui assure une application pratique très suffisante pour accomplir toutes les opérations courantes de la chirurgie dentaire.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Siffre, 97, boulevard Saint-Michel, de 1 h. à 2 h. — Paris.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 44 Dimanche 3 NOVEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

AVIS

Assemblées générales de " l'Union des Syndicats médicaux de France ", du " Concours Médical ", du " Sou Médical " et de " l'Association Amicale ", 16 et 17 novembre 1907.

Les Assemblées générales annuelles de nos Sociétés auront lieu les **samedi 16 et dimanche 17 novembre 1907**, dans l'ordre suivant :

1° Le **samedi 16**, *à 2 heures, Hôtel des Sociétés Savantes*, 28, rue Serpente, Assemblée générale de l'**Union des Syndicats médicaux de France**, sous la présidence de M. le Dr Gairal.

2° Le **dimanche 17 novembre**, *dans les salons du restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 10 heures du matin : Réunion spéciale pour les correspondants du **Concours Médical**.

A 2 heures : Assemblée générale de l'**Association amicale maladie**.

A 3 heures : Assemblées générales communes du **Concours Médical** et du **Sou Médical**.

Le Banquet, commun à toutes les Sociétés, aura lieu à 7 heures, chez Marguery.

La cotisation pour le banquet est fixée à 10 francs ; la Société du Concours prenant à sa charge le supplément des frais qui dépassent 15 francs par convive.

Prière d'aviser de sa présence, autant que possible avant le 15 novembre, en vue des dispositions à prendre.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les *membres du Concours*, en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai afin que le *Conseil de Direction* soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

CORRESPONDANTS. — Le Conseil de Direction prie les Correspondants d'informer le plus tôt possible l'administration du *Concours* de leur désir d'assister aux Assemblées générales des 16 et 17, en faisant connaître le montant de leurs frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de Cies de chemins de fer.

Le Conseil rappelle en même temps, que la réunion spéciale des Correspondants aura lieu le dimanche 17 novembre, à 10 heures du matin, dans les salons du Restaurant Marguery (36, Boul. Bonne-Nouvelle).

PRÉPARATION DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ANNUELLES

Société civile du Concours Médical.

(17 octobre 1907.)

Séance du Conseil de Direction du Concours et du Bureau du Sou pour la préparation d'une Assemblée générale commune.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Vimont, Jeanne, Diverneresse, Cézilly, de Grissac, Levassort, Bellencontre, Le Menant des Chesnays, contrôleur du « Sou », Me Gatineau, avocat-conseil, Dumesny, archiviste, Daverne, secrétaire des séances.

Excusé : M. le Dr Louis Gassot, trésorier-adjoint du Sou médical.

L'assemblée générale commune est fixée au Dimanche 17 novembre, 3 heures du soir, dans les salons Marguery et sera suivie du banquet commun. Cotisation 10 fr., le surplus étant à la charge de la caisse du Concours médical.

ORDRE DU JOUR :

Allocation du Président du Concours (Dr Gassot) ;

Comptes et budgets (Dr Maurat) ;

Rapports avec la mutualité maladie (Dr Vimont) ;

Accidents du travail (Drs Diverneresse et Jeanne) ;

Evolution et développement du programme des Syndicats médicaux (Dr Cézilly) ;

Réforme des études médicales (Dr Gassot) ;

Allocution du Président du « Sou médical » (Dr Maurat) ;

Rapport du trésorier du « Sou » ;

Rapport du contrôleur et approbation des comptes ;

Election d'un contrôleur ;

Projet de création d'un office de recouvrements pour les honoraires dus par les collectivités ou responsables (M. Dumesny) ;

Situation et travaux de l'office de répression de l'exercice illégal (Dr Levassort) ;

Communications de Me Gatineau, conseil judiciaire, et de Grissac, secrétaire-général ;

Situation des filiales et alliées du Concours ;

Questions diverses.

La publication des rapports annuels sera faite dans les numéros 44 et 46 du journal, c'est-à-dire avant l'Assemblée. Lecteurs, correspondants et sociétaires sont priés de faire parvenir leurs propositions (*par écrit et avec tous développements nécessaires*), avant le 10 novembre, 23, rue de Dunkerque, au siège social des deux sociétés.

M. le Dr Roux (de St-Gervais) est nommé correspondant pour le département de la Haute-Savoie.

La liste des invitations au banquet est ensuite établie, et mission est donnée à MM. Maurat, Diverneresse et Jeanne d'assurer la préparation matérielle des séances et agapes communes.

Le secrétaire de la séance,
Dr R. DAVERNE.

Rapports de la direction sur les actes et les études de la Société.

Chers confrères,

L'année 1907 sera une des dates mémorables de l'histoire de notre Société.

Dans le « Congrès des Praticiens », dont vous avez connu les travaux et qui, quoique on en puisse dire, saura bien faire réaliser ses vœux malgré les lenteurs administratives et les résistances routinières, le Corps médical français, à l'avant-garde duquel vous vous étiez dès longtemps placés, s'est déclaré enfin irrévocablement et unanimement résolu à faire triompher et consacrer vos vues sur ces deux points d'importance capitale : 1° *le praticien réunira les connaissances pratiques nécessaires à toutes les indications habituelles de sa tâche quotidienne toujours socialement grandissante ;* 2° *tout citoyen français choisira librement, entre hommes d'un savoir égal consacré par le doctorat, le médecin qui aura sa confiance.*

C'est vous, Messieurs, qui, les premiers, qu'on s'en souvienne ou non, qu'on néglige ou non de le rappeler, avez voulu cela : c'est un des vôtres, un des plus vigilants et des plus énergiques, le Dr A. Coppens, qui a levé l'étendard de la croisade, d'accord avec vos mandataires habituels ; c'est vous qui, sans hésiter, avez répondu l'an dernier, à son appel, en mettant à sa disposition toutes les ressources nécessaires, premiers collaborateurs, premiers appuis, premiers fonds ; c'est vous, qui dans des groupements régionaux dont vous êtes le plus souvent l'âme, avez fait la propagande et l'agitation nécessaire pour réunir en *Assemblée nationale* les médecins français et unifier leurs opinions sur les sujets dont il y serait traité.

Glorifiez-vous sans hésitation, sociétaires du Concours médical, des résultats obtenus. Ne laissez pas dire qu'il y ait tempête dans un verre d'eau et surtout blâmez sans ménagement tel ou tel de vos mandataires laissé au Comité de vigilance, s'il avait la faiblesse de trahir votre confiance. Nous sommes au nombre de ces mandataires : c'est vous dire que votre Conseil de Direction prend à nouveau l'engagement formel de ne pas connaître la défaillance.

Déjà, dans les syndicats, sans attendre qu'une loi ou des lois successives nous mènent au but clairement défini par le numéro du *Concours médical* du 6 mai 1906, vous usez activement du pacte syndical pour réaliser l'application de la liberté de confiance : à la loi future, vous donnez cette préparation du terrain, des habitudes et des mœurs qui en assurent le succès. Là est bien votre rôle ; nous nous employons à le faciliter, nous mettant de toutes nos forces, (comme cette année lors des élections du syndicat de la Seine), du côté des égalitaires contre les routiniers de la fonctionnarisation de la hiérarchisation, des privilèges, des droits acquis, etc., en un mot, contre tout ce qui avait survécu de notre ancienne vie professionnelle dans un milieu social césarien que le socialisme d'Etat de notre époque et toutes les puissances d'argent s'entêtent inutilement à croire encore durable et opposable au plus légitime des droits individuels.

* * *

Un mot maintenant de ce que nous avons fait, en application des décisions de l'Assemblée générale de 1906.

Nous avons recueilli, d'accord avec l'*Union des Syndicats médicaux* et l'*Assemblée nationale des praticiens*, vos revendications au sujet de la révision du Tarif Dubief. L'u-

nanimité qui les caractérise, la forme impérieuse qu'on leur a donnée en les qualifiant d'« inabaissable minimum » nous dictent notre devoir et nous le faciliteront en même temps.

Nous avons continué la conversation avec les délégués du Conseil supérieur de la mutualité : il vous en sera rendu compte le 17 novembre.

Vous nous aviez dit : « Participez à l'organisation de l'*Office permanent de lutte contre l'exercice illégal* ». C'est fait : nous avons versé les fonds votés et fourni la collaboration de MM. Diverneresse et Jeanne ; l'*Office* fonctionne et son secrétaire-général, M. Levassort sera des nôtres dans un mois pour vous en entretenir.

Notre concours a été fourni pour l'étude de la *Loterie en faveur des détresses médicales.* Nous l'avions abordée en partisans du principe et poussions à sa réalisation. Mais, devant les inconvénients et les difficultés, à l'exemple des 75 sociétés locales de l'A. G. et du Conseil général de celle-ci, qui avaient adhéré en théorie, nous avons reconnu qu'il y avait trop loin de la coupe aux lèvres, et constaté que cette question devait, du moins pour le moment, être retirée de nos ordres du jour.

La campagne d'entente entre médecins et pharmaciens a été poursuivie par relations cordiales et études faites en commun avec le « Concours Pharmaceutique ». Suivant le vœu exprimé à notre dernière assemblée générale, il incombe à nos sociétaires, comme le disait le Dr Veillon, de grossir la phalange enrôlée par M. Lindeux en faisant de la propagande près des pharmaciens avec lesquels ils sont en rapports journaliers. De ce que les bénéfices de cette campagne ne sont pas destinés à être évidents dès demain, il n'en résulte pas qu'ils ne doivent pas apparaître bientôt, puisqu'elle en a déjà fourni. Nous l'avons entreprise un peu tardivement, attendant que les collectivités l'imposent : aveugles nous serions dans les deux professions si nous ne cherchions pas à rattraper le temps perdu.

* * *

Comme par le passé, nous n'avons pas ménagé notre sollicitude aux Œuvres de prévoyance et d'assurance dont le Concours médical fut le berceau. Il s'est même établi à ce sujet une spécialisation nécessaire et une indispensable division du travail entre les membres du Conseil. A notre président, M. Gassot, incombe surtout le contrôle général de l'Amicale et de la Caisse des pensions, les relations qu'elles entraînent avec les actuaires et le Conseil de l'A. G. — MM . Maurat et Cécilly assument particulièrement la direction de la Financière médicale, du Patronage médical, tâche très lourde en ce qui concerne ce dernier, car il réclame toute la sollicitude due à un Benjamin. — MM. Jeanne et Diverneresse sont à toutes les luttes de la défense professionnelle par la parole et par la plume, par les démarches, à la fois au Concours, au « Sou », à l'Union des Syndicats, etc...

* * *

Il convient de laisser aux rapporteurs de l'Assemblée générale le soin de nous dire à quel point sont parvenues, cette année, les questions qui font l'objet de nos préoccupations habituelles. Votre conseil se bornera à la constatation suivante, et laissez-le dire qu'il s'y complaît.

Jadis, la plupart des inspirations et initiatives en matière de défense professionnelle partaient d'ici. Aujourd'hui, en thèse générale, elles viennent de vous, et non plus sous forme de vues théoriques vagues, mais bien présentées pour l'application. Le journal les laisse en discussion dans trois ou quatre numéros et constate presque aussitôt que la mise au point est faite. Nous n'en voulons pour preuve que l'accord si facilement réalisé sur toutes les questions qui *défilèrent* devant le Congrès des Praticiens. Bon nombre d'entre elles, telles que : applications diverses du libre choix ; valeur de chaque certificat surajouté au diplôme de docteur ; repos hebdomadaire du médecin ; etc. etc., n'avaient été l'objet que de quelques lettres échangées entre vous par nos colonnes, et vos cahiers syndicaux les résolvaient d'une façon uniforme par approbation des conclusions de rapporteurs qui avaient pressenti ces solutions.

C'est là un fait capital, chers confrères. Il vous donne juste mesure de votre compétence pour l'étude de vos intérêts, et par conséquent de la force que vous représentez dans la défense de ceux-ci. Oh ! nous savons bien que cette force est encore souvent contrariée par des appétits d'intérêts particuliers qui pactisent au besoin avec l'adversaire de façon plus ou moins ouverte. Mais cette résistance sera vaincue avant peu par la pratique du syndicalisme absolument égalitaire en faveur duquel nous faisons si ardente campagne et qui a donné si complète satisfaction aux confrères des avant-gardes : arrondissement de Versailles, St-Mandé, etc..

* * *

En résumé, chers confrères, l'effort continu qui se donne dans notre société du Concours médical est digne de son brillant passé ? Insuffisamment organisé jadis, il est seulement devenu plus méthodique, plus général, plus fructueux. Remerciez-en tous les dévoués qui nous aident dans les Conseils des Œuvres filiales ou alliées ; remerciez-en nos correspondants, pépinière de collaborateurs qui assurent l'avenir ; remerciez-en les syndicats qui font l'application pratique de nos études et de nos conclusions, et en consacrent ainsi la valeur.

Nous exprimerons ici, nous, en votre nom, toute notre gratitude à ces amis et collaborateurs de chaque jour dont les noms ne se rencontrent pas assez dans le journal, mais accomplissent à nos côtés les tâches ingrates et sans éclat et qui, sans être médecins, luttent quand même ardemment pour notre cause parce qu'ils la trouvent juste et belle. C'est le cas de tous ceux qui vous reçoivent dans nos Bureaux, dirigent les petits services du journal, assurent les remplacements : c'est le cas aussi de tous ces annonciers fidèles qui fournissent le nerf de la guerre pour les numéros à grand tirage lors des événements sensationnels, des referendums, des créations d'œuvres nouvelles, de toutes ces dépenses qui ont fait la force de notre société ; c'est le cas enfin de ces éminents conseils techniques, avocats, actuaires, administrateurs, que vous fêtez à nos banquets en reconnaissance des services qu'ils nous rendent toute l'année et dont nous sommes mieux placés pour apprécier toute l'importance.

Rapport financier de la Société civile du « Concours Médical ».

Capital inaliénable.

Recettes.

Au 1er octobre 1906, le compte capital inaliénable se décomposait comme suit :

Portefeuille	50.941 97	
Espèces	67 30	51.009 27
Depuis le 1er octobre 1907, versement par l'administration du journal *Le Concours Médical*		264 60
Virement du portefeuille de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie		17.052 53
		68.326 40

(Dont 331 fr. 90, espèces).

DÉPENSES.

Sur cette somme, il a été acheté : 5 actions de la Financière Médicale nos 2108-2112 inclus		300 »

Notre capital inaliénable au 1er octobre 1907 est donc de :		
Portefeuille	68.294 50	
Espèces	31 90	68.326 40

Capital disponible.

RECETTES.

Au 1er octobre 1906, l'avoir disponible était de...	2.402 85	
Depuis cette époque, les intérêts de notre portefeuille ont produit	3.256 12	
Nous avons reçu dans le cours de l'année en dons annoncés au journal	276 50	
Les droits perçus sur les remplacements, déduction faite des frais occasionnés par ce service ont été de..	602 70	
Virement du capital disponible de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie	752 44	7.290 61

DÉPENSES.

Frais supplémentaires du banquet de 1906	1.556 55	
Indemnités payées aux correspondants ayant assisté à l'Assemblée génér.	924 50	
Frais de réunion et déplacements	592 80	
Indemn. au comptable.	50 »	
Payé à l'enregistrement pr taxe sur les intérêts...	10 60	
Affranchiss. de l'envoi de brochures des œuvres du Concours, à titre de propagande	139 65	
Participation aux frais occasionnés par le tirage supplém. du no relatif à la crise des Syndicats	100 »	
Cotisation au comité de la loterie médicale	20 20	
Participation à la souscription Mignen	50 »	
Participation au meeting des étudiants	50 25	
Frais de transf. d'actions	10 »	
Payé à la Société génér. pour garde de titres	16 37	
Payé pour le service du contentieux	500 »	4.020 92

Les recettes étant de	7.290 61
Balance en faveur de l'actif	3.269 69

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1907 :

Capital inaliénable	68.326 40	
Capital disponible	3.269 69	71.596 09
Savoir :		
Portefeuille	68.294 50	
Espèces	3.301 59	71.596 09

Balance des espèces.

Avoir à la Société génér.	3.344 67
Dû au trésorier	43 08
Total égal	3.301 59

Paris, le 5 octobre 1907.

Le Trésorier, Dr A. MAURAT.

Rapport du Comité de Rédaction

Soucieux de nous conformer aux statuts si sagement établis par notre société civile, nous n'aurons garde de faillir à l'obligation de jeter avec nos lecteurs un coup d'œil en arrière sur le chemin parcouru pendant l'exercice 1906-1907 par nos infatigables collaborateurs.

Et d'abord, avons-nous, comme quelques-uns ont paru l'insinuer, sacrifié la partie scientifique du Concours, journal de médecine et de chirurgie, à la partie professionnelle ? Nous tenons à nous en défendre et cela nous sera facile par une petite revue de nos travaux de l'année.

La *partie scientifique*, qui comprend toujours la semaine médicale, une clinique ou un article de médecine, de chirurgie ou de gynécologie pratique, une Revue des Sociétés Savantes, une Revue de la presse étrangère, et quelques articles de spécialités ou d'hygiène publique, occupe environ seize à dix-huit colonnes, c'est-à-dire la moitié de chaque numéro. Voilà déjà une preuve matérielle de l'importance de la partie scientifique. Mais cela ne suffirait pas évidemment à prouver son intérêt. Or, nous nous sommes constamment appliqués à suivre le mouvement scientifique et à tenir nos lecteurs au courant des progrès véritablement pratiques.

C'est ainsi que la question de l'appendicite a été de nouveau reprise au point de vue étiologique, diagnostique, thérapeutique et médico-légale ; la syphilis a été étudiée dans ses conséquences éloignées, dans ses rapports avec les ulcères, les néphrites chroniques, la transmission aux descendants, enfin, nous avons signalé les avantages de l'atoxyl ou arsenic-aniline très vanté en ce moment. La tuberculose est toujours l'objet de notre sollicitude, et de nombreux articles lui ont été consacrés. La question du diagnostic, en particulier, paraît avoir fait un progrès appréciable grâce à l'emploi judicieux de la tuberculine, chez l'homme (cuti, sous-cuti et ophtalmo-réaction) ; nous avons exposé à plusieurs reprises la technique de ces nouveaux procédés de diagnostic précoce. L'action de la radiothérapie sur la tuberculose ganglionnaire, le traitement des adénopathies cervicales, la tuberculose génitale de la femme et de l'homme, le rhumatisme tuberculeux, les mesures de prophylaxie tuberculeuse chez les malheureux soldats ou marins renvoyés dans leurs foyers, sont autant de questions que le *Concours* a traitées au cours de cette année. Le diagnostic précoce, le traitement et la prophylaxie de la fièvre typhoïde ont aussi servi de thèmes à plusieurs études.

Parmi les questions gynécologiques, importantes qui ont été abordées, nous citerons :

le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, la conduite à tenir en cas de fibromes utérins avec anémie grave, les troubles fonctionnels des reins avant et après les hystérectomies pour fibromes, le diagnostic de la grossesse au début, les salpingites ; la basiotripsie ; etc.

Les leçons cliniques des professeurs et des jeunes agrégés les plus en vue n'ont pas été négligées et nous avons tenu à montrer à nos lecteurs que, tout en voulant rester pratiques, nous ne demeurions pas en arrière pour les principales questions didactiques ; citons : Les conditions opératoires en chirurgie des voies urinaires ; l'entérite muco-membraneuse et son traitement ; le diabète ; la première étape de l'artério-sclérose ; les plaies du poumon ; les bronchites aiguës ; la rééducation des hémiplégiques; la méthode de Bier; l'étranglement herniaire.

Conformément à un certain nombre de demandes de nos confrères, nous avons donné fréquemment les comptes-rendus des Sociétés Savantes, qui nous paraissaient présenter un certain intérêt d'actualité ; enfin, grâce à l'obligeance d'un de nos collaborateurs fidèles, nous avons été au courant des principales publications allemandes scientifiques, et ses analyses ou traductions nous ont permis de faire d'intéressants rapprochements entre les progrès de la médecine d'Outre-Rhin et ceux de la médecine française.

Nos lecteurs ont dû constater que nous accordions de temps en temps quelque place à des articles de publicité thérapeutique. Nous tenons à répéter ici ce que nous avons dit, bien souvent, dans nos conversations, nous ne patronnons et nous n'acceptons dans nos colonnes que des articles concernant les nouveautés les plus sérieuses et dont nous pouvons assurer la valeur.

Nos spécialistes en oto-laryngologie, en ophtalmologie, en urologie, nous ont initiés aux détails techniques les plus à notre portée de praticiens et nous ont ainsi permis de mieux dépister les affections spéciales de ces régions délicates ; telles sont les petites opérations sur les paupières et le glob oculaire ; le pronostic des corps étrangers de l'œil ; le traitement des kératites ; les indications et les résultats des prostatectomies ; l'examen de l'oreille ; l'ophtalmie sympathique ; l'alimentation dans les plaies tranchantes de la gorge.

Un point nous paraît mériter toute notre attention, c'est le côté chirurgie pratique et petite chirurgie. Nous ne manquerons pas l'année prochaine de donner tous nos soins à l'étude de nombreuses questions chirurgicales que la multiplicité des accidents du travail rend de plus en plus intéressantes et indispensables à bien connaître.

Sur ce point comme sur tous les autres, nos efforts grandiront suivant l'apparition d'indications nouvelles, car nous devons rester le bréviaire du praticien.

Ce n'est pas l'une des moindres préoccupations du Comité de rédaction du *Concours Médical* que de tenir nos sociétaires au courant de tous les incidents de la vie professionnelle. Le Comité ne doit pas oublier que, par son extrême diffusion, notre journal est un véritable trait d'union entre tous les confrères exerçant sur le territoire français, et répond ainsi à l'un des besoins les plus impérieux de notre époque, où la lutte pour l'existence met aux prises les groupements sociaux entre eux. Ces groupements, quels qu'ils soient, avec lesquels le Corps médical est entré en conflit d'intérêts : mutualités, sociétés d'assurances, collectivités quelconques, ont leur presse propre et spécialisée, dont l'existence se justifie par la nécessité de relier leurs sections et groupes régionaux. Cette presse se fait l'interprète de leurs aspirations et de leurs besoins économiques. La besogne n'est pas simple, bien souvent, que de réunir la collection de documents permettant de dégager la ligne de conduite des dites collectivités à l'égard du corps médical, « taillable et corvéable à merci », selon leur vieille tradition. Depuis longtemps, le *Concours* a pris l'habitude de mettre sous les yeux de ses lecteurs les documents tels qu'ils lui proviennent, et de ne les commenter qu'après en avoir publié l'intégralité. C'est le seul et véritable moyen de provoquer des discussions vraiment éclairées et utiles, une publication tronquée, une analyse — si serrée soit-elle, — déformant presque nécessairement le caractère de la publicité offerte.

***

L'année 1907, ne fut peut-être pas fertile en incidents, mais elle est marquée par un fait d'une importance capitale pour l'avenir de la vie professionnelle. C'est en avril 1907, en effet, que se tinrent les assises de la démocratie médicale, et si quelque jour l'histoire de l'« Assemblée nationale des praticiens français » doit être écrite, c'est bien dans le *Concours Médical* que se trouveront réunis tous les documents permettant d'établir d'une façon impartiale les besoins et les aspirations de toute une catégorie de citoyens dont la situation matérielle devient chaque jour plus précaire, aux dépens desquels néanmoins, l'Etat moderne a établi l'édifice des lois nouvelles de protection et d'assurances sociales ; citoyens dont le rôle social s'élargit chaque jour, et sur lesquels pèse en entier toute l'expansion humanitaire de ces dernières années. Et, comment cet Etat, dont les exigences croissent avec le temps, les prépare-t-il à remplir ce rôle écrasant? Que l'on se donne la peine de consulter la collection du *Concours* de 1907, et l'on verra combien se trouve justifiée la campagne ayant abouti à la nomination de la Commission de réforme des études médicales. Ce n'est pas la moindre répercussion des lacunes dévoilées et mises à nu dans les mémorables séances du Congrès des Praticiens. On peut suivre pas à pas dans le *Concours Médical* la genèse de la campagne pour le libre choix du médecin par le malade quelle que soit la circonstance, où le malade où le blessé ait besoin des soins médicaux. Le droit au libre choix, la « liberté de confiance », est considéré actuellement comme un droit imprescriptible, son application est à la veille d'être généralisée. Elle n'est retardée que par le respect des routines et un vague restant d'impérialat administratif datant de l'ère napoléonienne.

C'est un véritable anachronisme que de voir un Etat, dont la base constitutive est la liberté individuelle, consacrer l'inégalité entre ses membres, en refusant aux indigents le droit de confier leurs intérêts au médecin qu'ils en jugent digne parce qu'il mérite à leurs yeux leur confiance et leur sympathie. Le *Concours* se fait honneur d'avoir mené cette campagne du libre choix, de pair avec les confrères énergiques qui ont su le défendre devant des assemblées politiques, malgré les observations tendancieuses dissimulant à peine une hostilité souvent intéressée.

Le *Concours* qui conserve la saine tradition au point de vue de la défense professionnelle s'est occupé particulièrement cette année de l'hygiène publique, question à l'ordre du jour entre, toutes et qui met sérieusement en jeu les intérêts des praticiens. L'heure est bien proche

de l'application intégrale de la loi de 1902. Il faut éviter une nouvelle fonctionnarisation de la médecine, et nous renvoyons nos lecteurs aux travaux si complets et si documentés de notre confrère le Dr Gassot. Les projets de règlements sanitaires communaux, les projets d'organisation départementale qui ont été publiés dans le journal, laissant une place effective au médecin traitant, sont établis avec le souci de défendre son intérêt et d'éviter nombre de conflits entre le Corps médical et l'administration. N'abandonnons pas le chapitre de l'hygiène publique sans signaler la très intéressante étude sur la « Rémunération du médecin pour la déclaration des maladies contagieuses » que nous devons au Dr Declercq, de Lille.

La question des accidents du travail, si complexe, si délicate et si importante pour le praticien, a tenu cette année, comme toujours, une place importante dans la partie professionnelle du Journal. Au *Concours* cette question est inséparable du nom du Dr Diverneresse, qui ouvrit cette année même, une rubrique nouvelle, celle de la médecine sociale. La chronique de médecine sociale, fut inaugurée par une publication dont l'importance n'a pas besoin d'être soulignée, celle du « barême du rachat des rentes des ouvriers et employés du commerce et de l'industrie blessés dans le travail », et se poursuivit par l'établissement d'une série de tableaux pour l'évaluation de l'incapacité d'un cas particulier soumis à l'appréciation d'un médecin et d'un expert. Cette série constitue un travail de longue haleine, et a été l'objet de recherches patientes. Depuis longtemps, d'ailleurs, nos confrères (des régions industrielles surtout) nous demandaient à chaque instant des avis et des appréciations au sujet de blessures observées dans leur clientèle ouvrière, une lacune était à combler, la collection du *Concours* de 1907, sur des bases très précises, remplit ce désideratum, mieux que de gros traités. La chronique de médecine sociale est appelée à prendre un grand développement. On annonce dans un avenir très prochain... mais nous n'avons pas ici le droit d'anticiper. Entre temps, la polémique toujours ardente et documentée de notre confrère a continué à dénoncer les abus du pouvoir et il nous faudrait ici citer tous les articles parus, soit dans les « Chroniques du Sou Médical », soit dans la « Chronique des accidents du Travail », sous la signature de notre confrère, Syndic du « Sou Médical ».

Le « Sou Médical », cette œuvre de défense au premier chef, et... d'attaque souvent alimente aussi la partie professionnelle du journal. Il serait même à désirer que nous puissions mettre régulièrement chaque semaine quelques colonnes à sa disposition, mais les exigences de l'actualité font souvent dormir dans les cartons des choses bien intéressantes. Il n'en reste pas moins acquis, pour le grand bénéfice de nos lecteurs, membres ou non de cette vaillante Société, toute une documentation pratique, essentiellement pratique, que nos combats judiciaires nous ont fournie. Nous tenons ici à remercier, notre éminent Conseil, Me Gatineau, de la régularité avec laquelle tout jugement, toute conquête nouvelle est enregistrée, enseignée et commentée en ces termes concis et clairs dont il a le secret.

La Jurisprudence et les Chroniques du Sou Médical sont indispensables à tous les praticiens soucieux de sauvegarder leurs droits et jaloux de leur dignité professionnelle, et ont, cette année, constitué une série d'une portée pratique presque quotidienne.

L'Assemblée générale du Concours avait, l'année dernière, adopté avec enthousiasme l'idée de la création de l'Office central pour la répression de l'exercice illégal. Notre excellent confrère, le Dr Ch. Levassort, s'est voué à cette œuvre avec l'ardente conviction qu'on lui connaît et ne manque pas de nous adresser en temps utile, des communications souvent fort édifiantes et toujours intéressantes.

Le Comité de rédaction tient beaucoup aussi à la publication des procès-verbaux des séances syndicales. C'est le moyen le meilleur pour mettre au courant le corps médical de la vie professionnelle, que de reproduire ces résumés de la vie médicale régionale, et puis, ce sont souvent dans les séances syndicales que sont élaborées les idées qui font leur chemin.

Il demande la permission de rappeler ici à tous les secrétaires de Syndicats et de tous les correspondants du Concours que ces procès-verbaux sont toujours bien accueillis et insérés avec plaisir.

Nous tenons aussi régulièrement nos sociétaires au courant de tout ce qui peut offrir un débouché aux confrères. C'est ainsi que nous avons publié différents règlements du concours d'entrée à différentes carrières administratives, à en juger par la correspondance reçue à ce sujet, ce genre de publication est utile et mérite d'être poursuivi.

Il va sans dire que tout ce qui a trait aux œuvres de solidarité confraternelle est inséré dans les délais les plus brefs, sans parler des communications de l'Amicale, de la Caisse des Pensions, etc., dont le *Concours* est l'organe officiel, tout ce qui nous vient d'intéressant pour les praticiens est accueilli, — non sans les précautions critiques nécessaires, naturellement — c'est ainsi que nous avons été heureux de mettre nos colonnes à la disposition d'une jeune Société à qui nous souhaitons le meilleur avenir, l'*Ancre Médicale*.

Depuis quelques années, des thèses sont soutenues dans nos Facultés sur les questions d'intérêt professionnel. Etudiés avec soin, ces travaux sont toujours signalés et analysés s'il y a lieu.

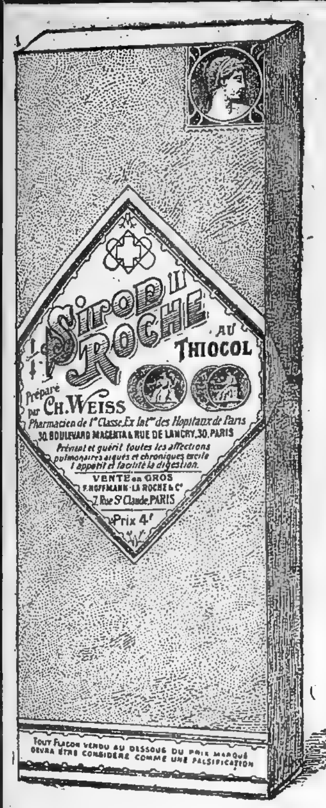
Nous ne voulons pas terminer cet exposé du travail de 1907, sans dire un mot de la « Petite Correspondance » du Journal. Nous croyons qu'elle mérite mieux qu'une simple mention. Le courrier de chaque jour est une mine de documents, et nous croyons que si une enquête sincère sur la situation matérielle et morale du médecin français doit être faite, ce courrier en constituera l'élément primordial.

Au point de vue économique notamment, nous sommes très riches de documents, et il nous faut bien dire que nous y trouvons la majeure partie de nos sujets d'articles et de propos d'actualité. Il va sans dire que, bien souvent, les questions adressées sont d'un intérêt tout particulier, à celles-là, nous répondons par lettre personnelle, ne retenant dans le courrier quotidien que les questions ayant, par un certain côté, de l'intérêt pour la corporation.

Ces questions sont étudiées soigneusement, et l'ensemble des réponses faites constituent, on peut l'affirmer toute une documentation précieuse de jurisprudence professionnelle.

Grâce à l'obligeance du confrère de Grissac, secrétaire général du « Sou », nous avons même pu faire passer en petite correspondance de véritables consultations juridiques, nous croyons que la Petite Correspondance, est un élément précieux pour soutenir l'intérêt du journal.

En terminant, nous citerons les *rubriques* : « Tribune des Correspondants », où quelques fidèles mettent leurs co-sociétaires au courant de ce



1 cuillerée à soupe = 1 gr.
THIOCOL ROCHE
= 0.52 Gaïacol crist.

AFFECTIONS PULMONAIRES

TUBERCULOSE

BRONCHITES

RHUMES

TOUX

COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

Prix 2f

1 comprimé = 0.50 gr. THIOCOL ROCHE = 0 gr. 26 Gaïacol crist.

Préparations
gaïacolées idéales.
D'un goût agréable.
Supportées
par les estomacs les
plus délicats.

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS INACTIVES OU TOXIQUES

GYNÉCOLOGIE

DÉCONGESTION PUISSANTE

SÉDATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES SOUFFRANCES

DIMINUTION DES PERTES

ACTION CALMANTE ÉNERGIQUE

*Les **TACHES** sur la peau et le linge disparaissent par simple lavage à **L'EAU**.*

F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie
7, rue Saint-Claude, 7
PARIS



Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

gue savamment calculé, mais en somme hostile. Que veut dire tout cela ?

Réponse. — De loin en loin, par des indications également vagues, nous avons eu vent de conspirations de ce genre et avons cherché par un contrôle vigilant à leur découvrir un prétexte fondé et avouable. Nos investigations ont été vaines. Certains, à notre place, retourneraient l'arme de la suspicion contre ceux qui s'en servent. Nous préférons rester dans la correction dont ils s'écartent et dire à nos sociétaires : « Sachez choisir des opérateurs qui respecteront la confiance légitime du malade en son médecin traitant et ne feront rien pour se substituer définitivement à celui-ci, lors des interventions. Quand on vous dit : « Je veux, j'exige, sans motif formulé nettement, répondez de la même manière, et, si vous n'avez pas satisfaction, saluez et frappez à une autre porte jusqu'à ce que vous ayez fait reconnaître votre droit de tout choisir et tout préparer au nom de la confiance de votre client. »

Amicale à Dr B. à C. (S.). — Vérification faite, le calcul de votre indemnité est exact ; vous avez seulement oublié.

1° Que l'indemnité de 10 fr. est due pendant 60 jours, à partir du 5e jour de la maladie, et non pas pendant 61 ou 62 jours, si les mois ont 31 jours.

2° Qu'à partir du 65e jour, et non pas à partir du 95e, l'indemnité est de 100 fr. par mois ou de 3 fr. 33 par jour.

3° Enfin que le règlement ne se fait que 4 fois par an, aux fins de trimestre et que le Trésorier ne peut rien vous envoyer dans l'intervalle.

Relisez les statuts avec soin.

Amicale à Dr L. à La F.-s.-J. (S. et M.).— L'*Amicale* par sa combinaison C, ne fait la retraite de 1200 fr. qu'à 65 ans ; si vous voulez avoir la retraite à 60 ans, (et non pas à 55 comme vous le demandez), cherchez à la Caisse des Pensions celle de ses 3 combinaisons qui fera le mieux votre affaire.

Mais sachez bien que, à l'*Amicale*, comme à la Cais-

Suite page XI.

qui se passe dans leurs régions et apportent leurs desiderata, et la « Correspondance dans le texte » où nous publions les lettres nous paraissant particulièrement intéressantes. Les œuvres de protection et d'assistance ne sont pas oubliées non plus, et toute communication à ce sujet paraît immédiatement.

Tel est, pour 1907, le résumé de la partie professionnelle du journal. Nous voudrions terminer par un vœu. Nos correspondants sont tous des fidèles convaincus. Ils excellent dans l'action et les résultats qu'ils ont obtenus font foi de leur activité et de leur dévouement. Pourrait-on leur demander de conserver la liaison avec le centre en échangeant avec le journal un minimum deux ou trois lettres par an, surtout à l'occasion des deux sessions de conseils départementaux, où, peu ou prou, des questions intéressant la vie professionnelle sont à l'ordre du jour, comme actuellement le « libre choix », ou à l'occasion de changements de régime, avec les collectivités, mutualités ou autres. La tâche du Comité de rédaction serait bien facilitée dans l'élaboration de la partie professionnelle, car de cette façon une enquête permanente serait ouverte sur les conditions de la vie du médecin français, avec le minimum de dérangement pour nos confrères. Cette correspondance spéciale serait d'un intérêt général indéniable et nous croyons que le profit en serait grand.

LA SEMAINE MEDICALE

Le massage abdominal dans les maladies de la nutrition

Dans un rapport au Congrès de Physiologie de Rome, M. le Dr CAUTRU, de Paris, a fait ressortir les bienfaits du massage abdominal dans les maladies de la nutrition.

Le massage abdominal, appliqué scientifiquement, dit-il, selon les indications spéciales à chaque cas pathologique, est un régulateur de l'économie tout entière, par l'intermédiaire de la circulation générale et du système nerveux abdominal. Ces heureux effets se manifestent, *d'une part sur les viscères abdominaux* (tube digestif : dyspepsies, entérites chroniques, et même certaines *appendicites « médicales »* ; foie, pancréas, rein), tant au point de vue de leur fonctionnement qu'au point de vue de leur statique (tonus et équilibre abdominal) *d'autre part, à distance*, sur le cœur et sur les vaisseaux (artères, veines, capillaires, lymphatiques), améliorant ainsi le fonctionnement d'organes plus ou moins éloignés de son champ d'action — régularisant la composition et la quantité des urines en même temps que la pression sanguine, qu'il y ait ou non cardiopathie artérielle ou valvulaire.

Le massage abdominal varie ses effets, *selon le manuel opératoire* employé, certaines manipulations étant sédatives, d'autres excitantes, et produisent des résultats diamétralement opposés, tant au point de vue local (viscères abdominaux), qu'au point de vue général (circulation, respiration), — *selon la durée — selon le moment* où il est fait. Dans certaines dyspepsies, en effet, il faut masser à jeun, dans d'autres de suite ou plusieurs heures après les repas.

Les effets du massage sur l'appareil circulatoire et le système nerveux étant très rapides, sa durée sera courte et ne devra pas excéder de 6 à 12 minutes selon les cas et les sujets surtout dans les cardiopathies. On ne saurait trop s'élever contre ces longues séances de 30, 50 et même 60 minutes souvent utilisés par des masseurs inexpérimentés *toujours trop longtemps et trop fort*. La séance de massage sera suivie, chez les sujets affaiblis surtout, d'un repos horizontal plus ou moins prolongé (15 à 30 minutes). Chez certains malades (neurasthéniques déprimés, par exemple), le séjour au lit, quelquefois l'isolement, seront indispensables au début du traitement.

Etant donnée son action énergique, le massage abdominal devra être appliqué avec prudence après examen *par le médecin*, des organes du ventre, de la circulation (cœur et vaisseaux, pression artérielle), et dans certains cas de l'examen du suc gastrique et des urines. Donc, s'il n'est pas toujours fait par le docteur, ce massage devra au moins être ordonné, formulé et surveillé par lui.

Le lavage de l'estomac.

M. le Dr MIRALLIÉ, de Nantes, a étudié, de nouveau, la *question du lavage de l'estomac*.

De nos jours, dit M. Mirallié, la conception de la dyspepsie s'est singulièrement modifiée.

La dilatation atonique de Bouchard n'est plus considérée que comme un phénomène secondaire à une stricture spasmodique ou organique du pylore et non comme une identité morbide ; c'est un fait contingent et secondaire. La dilatation atonique vraie est une affection congénitale et d'une extrême rareté. Le clapotage gastrique n'est plus un signe pathognomonique de la dilatation de l'estomac ; on le trouve dans tous les cas de syndrome pylorique, et le chimisme gastrique révèle dans ces cas non de l'hypo, mais de l'hyperchlorhydrie. L'auto-intoxication est encore restée à l'état d'hypothèse que rien n'est venue démontrer.

Aussi le lavage de l'estomac ne comprend plus qu'une indication bien nette : l'impossibilité mécanique de l'estomac d'évacuer normalement son contenu et la présence de stase gastrique le matin à jeun. Cette stase se produit toutes les fois qu'il existe soit au pylore, soit en aval, sur le duodénum, un obstacle fonctionnel ou organique au passage du chyme : spasme du pylore consécutif ou non à un ulcère, rétrécissement du pylore par un carcinome, une bride fibreuse, une tumeur extragastrique.

Le lavage d'estomac est aussi indiqué dans les cas, très rares, d'atonie gastrique : le passage de la sonde excite la contractilité et le péristaltisme de l'estomac et de l'intestin et excite la sécrétion.

Le lavage de l'estomac, en dehors de la dyspepsie, trouve une indication formelle dans les intoxications aiguës, dans l'urémie en débarrassant l'organisme des matières toxiques qu'il renferme.

Il faut donc renoncer au lavage toutes les fois qu'il y a exagération de la motricité et de la

sécrétion : dans l'hypersthénie gastrique et dans l'entérite muco-membraneuse.

Pour la plupart des auteurs, les hémorrhagies abondantes sont une contre-indication absolue ; l'abstention est aussi de règle dans les hémorragies légères. Cependant, Bourget prétend avoir obtenu d'excellents résultats dans ces cas avec le lavage de l'estomac avec une solution étendue à 1/1000e de perchlorure de fer. D'autre part, les hémorragies néoplasiques se trouveront améliorées par un lavage au perchlorure de fer (Bourget) ou au chlorure de calcium à 4/1000e (Mathieu).

Rappelons aussi les autres contre-indications d'ordre général : tuberculose pulmonaire avancée, affections cardiaques et asystolie, cachexie, artério-sclérose avancée, — ou locale : anévrysme de l'aorte, péritonite.

Mais toujours le lavage doit être rare. Le lavage quotidien est à rejeter : il faut le pratiquer au plus tous les deux jours, plus rarement s'il se peut. A. Robin conseille de ne faire usage du lavage de l'estomac qu'à titre exceptionnel et seulement comme médication symptomatique et transitoire ; en tant que traitement systématique, il ne vaut rien.

On peut faire le lavage à toute heure de la journée, à la condition que l'on ait laissé le temps à l'estomac d'effectuer son travail et d'avoir évacué vers l'intestin la plus grande partie de son contenu. On ne doit pas faire de lavage dans les trois heures qui suivent le repas. Le matin, à jeun, est le moment le plus propice.

Il est inutile de faire passer dans l'estomac de grandes quantités de liquide. Jadis, on ne reculait pas devant 6 à 10 litres ! Aujourd'hui, Bourget recommande même de ne pas introduire chaque fois plus de 100 à 150 grammes de liquide et de ne pas dépasser en tout 1 litre. Mathieu autorise à titre exceptionnel 3 à 4 litres.

Il importe aussi que le liquide introduit dans l'estomac soit à une température voisine de celle du corps, 36 à 38°. La présence subite d'eau froide dans l'estomac n'est pas sans inconvénient, et provoque un péristaltisme exagéré de l'estomac et de l'intestin.

Soupault, dans les grandes dilatations avec stases, pour combattre l'enlèvement d'une grande quantité de chlorures et d'eau et éviter les accidents qui peuvent en résulter pour un malade, ne vide pas complètement l'estomac et pratique une injection de sérum artificiel de 250 cmc. Mathieu pratique aussi une injection de sérum massive de 500 à 600 cmc ; puis, après avoir évacué rapidement l'estomac, il y introduit un litre de sérum physiologique. Bois recommande de ne pas vider l'estomac d'un seul coup, mais de fractionner l'opération en plusieurs temps. — Récemment, Mathieu a préconisé l'évacuation de l'estomac sans lavage ; il introduit ensuite par la sonde une certaine quantité de poudre de viande : c'est le tubo-gavage.

Les végétations adénoïdes chez le nourrisson.

M. le Dr Chambellan, de Paris, a fait au Congrès des Gouttes de lait de Bruxelles, une communication sur les végétations adénoïdes chez le nourrisson. Nous croyons qu'il est absolument dans le vrai et que ses conclusions présentent un grand intérêt.

« Le cavum pharyngien des nourrissons présente très souvent de véritables végétations adénoïdes qui ne se révèlent par aucun trouble fonctionnel et qui sont latentes.

« Dans d'autres cas bien plus nombreux — presque quarante pour cent — il existe dans le cavum pharyngien des nourrissons, des productions de tissu adénoïde, plus ou moins exubérant, mais n'allant pas jusqu'au volume d'une véritable végétation.

Un certain nombre de fois, ces petites proliférations de tissu adénoïdien ont continué leur évolution et sont arrivées à produire des végétations adénoïdes véritables.

« Au bout d'un temps variable, beaucoup de ces nourrissons, porteurs de végétations adénoïdes latentes présentent les signes d'une otite moyenne suppurée.

« Les nourrissons, dont le cavum pharyngien présente des productions exubérantes de tissu adénoïdien, sont bien plus sujets que les nourrissons dont le cavum est absolument sain à l'inflammation des fosses nasales. Cette inflammation peut se communiquer dans certains cas à l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

« Il y a donc un grand intérêt à dépister les végétations adénoïdes et à s'assurer si le cavum pharyngien est indemne de toute saillie de tissu adénoïdien. Pour cela, je propose d'examiner d'une façon systématique le cavum pharyngien de tous les nourrissons à partir de l'âge de trois mois révolus, car, avant cet âge, le cavum a des dimensions trop restreintes et se prête mal à l'exploration digitale. Cette exploration peut se faire cependant avant l'âge de trois mois, mais dans le cas de force majeure seulement.

« L'exploration digitale n'est pas dangereuse lorsqu'elle est faite avec une grande douceur par un doigt préalablement aseptisé, et pas trop volumineux. Alors deux cas se présentent :

« 1° Si on trouve seulement des saillies peu volumineuses de tissu adénoïdien, on en informera les parents, en les avertissant que leur enfant est bien plus exposé que les autres aux inflammations de la muqueuse nasale, ainsi que de l'oreille et qu'il faudra soigner vigoureusement tout coryza dès son apparition.

« 2° Si l'exploration digitale fait reconnaître l'existence de véritables végétations adénoïdes, il faut les enlever par une opération appropriée. Cette opération n'est pas dangereuse, même chez les enfants d'un âge aussi tendre, lorsque toutes les précautions voulues sont prises, avant et après l'opération. Par cette opération préventive, on évitera le plus souvent à ces enfants l'apparition fréquente d'une otite suppurée qui amène souvent à sa suite la surdité plus ou moins marquée et qui souvent aussi se complique de mastoïdite, nécessitant alors l'opération grave de la trépanation.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur agrégé THIROLOIX.

Les abcès de fixation en thérapeutique.

Notre service de clinique comprend comme annexe une crèche qui nous permet d'étudier les maladies des jeunes mères et celles des petits enfants. C'est ainsi que j'ai pu, dernièrement, vous parler de la thérapeutique de l'entérite des nourrissons. C'est ainsi que je pourrai, aujourd'hui, vous présenter l'histoire d'un cas de septicémie puerpérale. A propos de ce cas, j'ai l'intention de vous entretenir de la pyogénèse artificielle aseptique comme méthode de traitement de la septicémie en général.

Voici l'observation de notre malade. Il s'agit d'une primipare de 26 ans, accouchée il y a un mois environ. Dans la nuit qui suivit son accouchement, elle se plaignit de frissons répétés et, à partir de ce moment, sa température et son pouls demeurèrent élevés. On institua aussitôt une thérapeutique locale ; on fit un curetage et des lavages. Après 4 jours de ce traitement, la température se maintenant toujours au voisinage de 40° et le pouls conservant sa fréquence, on décida de recourir à une médication générale. On s'adressa, d'abord, aux médicaments de la série colloïdale, au collargol. Ces agents n'ayant amené aucune modification favorable, on mit en œuvre le traitement dit spécifique. Les lochies fétides contenaient des streptocoques. Le 8e jour, on commença à employer le sérum de Marmoreck et on y associa, pour agir sur la température, la balnéation froide. On injecta en tout 520 cent. cubes de sérum anti-streptococcique de Marmoreck. De cet emploi massif du sérum anti-steptococcique, retenez seulement le fait suivant : l'administration de ce sérum n'offre pas d'inconvénient sérieux, même à doses énormes. Deux fois la température tomba, à 37°, à 36°, laissant espérer que la maladie était vaincue. Il n'en était rien. Au quatorzième jour de l'administration du sérum, des phénomènes d'intolérance se produisirent ; on observa, malgré l'ingestion simultanée de chlorure de calcium, une éruption d'urticaire, des arthralgies, de l'albuminurie. On revint aux colloïdes. Puis, ayant eu sur ce sujet une conversation avec M. Chantemesse, je fis une injection de 12 centigr. de nucléinate de soude. Cette injection, assez douloureuse, ne donna pas, non plus, d'amélioration. Quarante-huit heures après, l'état était très grave et il semblait qu'il n'y avait plus rien à faire. C'est alors que, me souvenant des publications parues sur l'abcès de fixation, je pratiquai une injection de 1 cent. cube d'essence de térébenthine à la partie supérieure de la cuisse gauche. Le jour de l'injection la situation resta stationnaire ; ni l'albuminurie, ni les vomissements ne s'amendèrent sensiblement. Le lendemain, le pouls commença pour la première fois à diminuer de fréquence ; il tomba de 160 à 120 et 110 pulsations. La température s'abaissa de 40° à 39°4. Le jour suivant, notre espoir grandit ; le pouls était à 100 et la température à 38°. Le 4e jour je me décidai à inciser l'abcès de fixation, sa réaction ayant été vigoureuse. Je fis là une petite faute ; j'incisai trop tôt et j'eus une légère reprise. Enfin, deux jours après l'incision, le pouls, la température, la diurèse revinrent à la normale.

A propos de ce cas de septicémie puerpérale, dont l'évolution a cessé *après* la production de la pyogénèse artificielle aseptique — je dis *après* et non pas *par* —, je veux vous parler de cette méthode assez spéciale de traitement.

On lui a donné des noms divers : abcès de fixation, de dérivation, de neutralisation, d'immunisation. Les auteurs qui l'ont ainsi nommée voulaient lui fournir un cachet scientifique. Mais l'expérimentation n'a confirmé aucune de ces vues et le nom d'abcès artificiel, proposé par M. Bouvier (de Lille), dans sa thèse, me paraît préférable, puisqu'il ne tranche pas la question de doctrine.

Cette méthode fut préconisée par Fochier il y a une quinzaine d'années. Elle fut généralement mal accueillie et critiquée. Les uns lui dénièrent toute influence : c'est un spectateur et non un acteur de la guérison, ont-ils dit ; elle atteste que le malade possède encore assez de résistance pour triompher de sa maladie, et c'est tout. D'autres se sont contentés simplement de lui refuser toute originalité. Pour eux, l'abcès de fixation répond à ce que nous désignons sous le nom de révulsion. C'est la vieille méthode révulsive, le cautère, le vésicatoire, sous une autre forme. D'autres encore se sont appuyés sur l'expérimentation. Celle-ci n'est nullement favorable à l'abcès de fixation. Les animaux soumis à l'abcès de fixation meurent plus vite que les animaux témoins ; de plus, l'abcès ne provoque pas d'hyperleucocytose. Si bien que, en 1892, la Société médicale des hôpitaux émettait le jugement suivant : la pyogénèse aseptique artificielle a pu être créée dans de bonnes intentions, mais elle ne mérite que l'oubli.

Eh bien ! depuis cette époque et malgré ce jugement, quelques médecins y ont eu recours dans des cas de septicémie et ont obtenu des résultats favorables. Me souvenant de ces résultats, j'ai fait un abcès de fixation chez ma malade. Entendons-nous bien, cependant. La pyogénèse aseptique artificielle ne saurait être qu'un procédé d'exception, réservé aux cas graves, après échec des autres traitements. Elle ne sera jamais un moyen d'usage courant. L'abcès de fixation, en effet, est douloureux et il nécessite une mise en œuvre d'asepsie complète. L'abandon de ces précautions expose à la gangrène, au phlegmon diffus, aux lésions veineuses et artérielles de voisinage, même. Le malade, en pareil cas, court un danger. Toujours, d'ailleurs, nous aurons répugnance à provoquer la suppuration chez un malheureux patient déjà épuisé par sa maladie. Pour bien vous convaincre du caractère exceptionnel de cette méthode, voici les expressions de quelques auteurs qui l'ont employée. M. Lépine qualifie l'état de son malade de gravissime, M. Dieulafoy le qualifie de désespéré, d'autres d'état agonisant. Je ne voudrais pas, de là, vous donner l'espoir que l'abcès de fixation amène des résurrections. Non ! L'abcès de fixation ne peut exercer d'action que si l'organisme est capable de répondre. Laissez mourir les moribonds sans leur imposer de nouvelles souffrances. Mais si, ayant échoué avec les autres méthodes, le patient offre encore un certain degré de résistance, et s'il reste une ombre d'espoir, essayez la pyogénese aseptique artificielle.

Vous êtes appelés dans un cas grave, une toxi-infection, une septicémie à allure aiguë ou subaiguë. Il n'y a pas eu de localisation suppurée, sinon l'abcès de fixation serait inutile, la nature l'ayant alors déjà employé. Il s'agit donc d'une septicé-

mie pure, banale, à streptocoques, à staphylocoques. Allez-vous tenir un grand compte du point de départ de la septicémie ? Nullement. Que ce soit la peau, l'utérus, la muqueuse bronchique ; qu'il s'agisse d'une variole, d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une infection puerpérale, peu importe. Quelle conduite thérapeutique adopterez-vous ? Une première chose est à se demander : quel est le microbe en cause ? Vous aurez recours au sérum de Marmoreck s'il s'agit du streptocoque, aux levurines injectables s'il s'agit de staphylocoques. N'obtenez-vous pas de résultat, vous vous adresserez aux colloïdes, à l'or colloïdal, à l'argent colloïdal, au palladium colloïdal, en injection intra-veineuse lorsque la septicémie est grave. Quand vous avez lutté contre tous les symptômes, contre l'hyperthermie par les bains froids, contre l'insuffisance cardiaque, contre l'insuffisance rénale par la théobromine, contre les troubles nerveux par la teinture d'arnica — un bon médicament, en l'espèce —, si vous n'obtenez rien, que faire ? Disputer chèrement la vie du malade, lutter encore en faisant l'abcès de fixation.

J'entre maintenant dans la description de la méthode. Quelle en est l'origine ? La pyogénèse aseptique artificielle dérive de l'observation clinique vulgaire. Nous savions que les inflammations périphériques, les abcès superficiels étaient souvent suivis d'amélioration de lésions organiques plus profondes. En 1891, Fochier exprima la même idée et eut le mérite de dégager de ces constatations cliniques une méthode de traitement dont le but fut d'imiter la nature.

Y a-t-il assimilation entre les abcès naturels spontanés et les abcès de fixation ; nous n'en savons rien. Nous savons seulement qu'il est des malades qui guérissent en faisant du pus.

Pour faire naître cet abcès artificiel on se sert habituellement d'essence de térébenthine, parce qu l'essence de térébenthine est le meilleur agent capable de produire avec rapidité une suppuration aseptique artificielle. Les uns emploient l'essence récente et fraîche. Fochier a conseillé l'essence vieillie. Avec cette dernière, on a de la gangrène de la peau, et je préfère l'essence récente stérilisée.

On pratique l'injection dans un endroit où l'abcès sera facile à traiter et entraînera des inconvénients nuls ou médiocres, à la région deltoïdienne, au flanc, droit ou gauche, à la région rétro-trochantérienne, au tiers moyen de la cuisse (face externe) — dans une région riche en tissu cellulaire sous-cutané. Il est inutile de provoquer l'abcès dans la zone de projection de la lésion. Cela a des inconvénients. Contentez-vous de la cuisse ou du flanc, là où vous serez maître de votre abcès.

Avant de pratiquer l'injection, faites une désinfection complète de la peau. Avec une seringue stérilisée et une aiguille courte — courte, pour que vous ne piquiez pas l'aponévrose — vous puisez un centimètre cube d'essence de térébenthine. Vous allez injecter ce centimètre cube au-dessous et loin du derme, au voisinage immédiat de l'aponévrose, sans piquer celle-ci. La piqûre de l'aponévrose détermine sa gangrène et peut entraîner des phlegmons diffus graves. L'essence de térébenthine, convenablement employée, n'est pas dangereuse ; mal appliquée, elle peut créer des désastres.

Dirigez bien l'aiguille du côté où l'abcès gênera le moins, cet abcès se développant suivant la traînée de l'injection. Enfoncez donc l'aiguille : au flanc, dans la direction de l'ombilic ; à la cuisse, vers la partie antérieure. Ne faites jamais d'injection intra-musculaire, jamais d'injection là où il y a de l'œdème : vous auriez de la gangrène, des suppurations interminables. L'injection effectuée, pansez à la gaze aseptique.

Que se passe-t-il ensuite ? Vous avez injecté un cent. cube, jamais plus de deux cent. cubes. Les doses de 3, 4 cent. cubes causent des suppurations énormes, des phlegmons qui inquiètent. Si, 24 heures après l'injection d'un ou deux cent. cubes, la réaction n'est pas suffisante, faites une seconde injection au point symétrique, à la même dose.

Au moment de l'injection, la douleur éprouvée n'est pas plus vive que celle d'une piqûre de morphine. Mais, dans les heures qui suivent, le patient accuse des élancements, des douleurs locales internes — pas plus, toutefois, qu'avec le nucléinate de soude. Dans un laps de temps de 12 à 24 heures, il se produit des traînées violacées, un empâtement diffus. A la cuisse par exemple, on peut voir de l'œdème jusqu'au genou et au pied.

C'est là une première phase, d'œdème et de douleurs. A retenir que, plus vives seront la réaction et les douleurs, meilleur sera le pronostic.

Dans une deuxième phase, l'œdème rétrocède et la suppuration se localise. L'évolution se fait du côté du phlegmon, phlegmon anthracoïde, ou phlegmon diffus. N'ayez aucune crainte, cependant ; vous n'aurez pas les inconvénients de ce dernier.

Il n'y a pas toujours suppuration. Il est trois genres de réaction :

Tout d'abord la réaction nulle. Elle marque un pronostic fatal.

Ensuite, la réaction moyenne. L'abcès se forme, mais sans trop de bruit. Il ne faut pas se hâter de l'ouvrir, avant que la détente dans les phénomènes généraux se soit produite.

Enfin, la réaction forte, la réaction de bon aloi, celle qu'il faut souhaiter, la suppuration franche, à allure rapide, inquiétante. Plus elle sera franche, meilleur sera le pronostic.

Dès le troisième jour, le pus se collecte, avec tendance à l'enkystement. L'ouverture spontanée se fait du 6e au 15e jour.

Pour Fochier, l'abcès ne doit pas être ouvert par le médecin. Cette conduite, toutefois, n'est suivie par personne. Dès que la suppuration est nette, le malade mieux, on ouvre largement, avec ou sans anesthésie locale, au chlorure de méthyle.

Retenez qu'il ne faut jamais injecter plus de 2 cent. cubes, qu'il ne faut pas ouvrir trop tôt, ni trop tard, pas avant que la fluctuation soit nette, surtout pas avant d'être certain que les choses sont revenues à la normale. L'incision — du 4e au 9e jour — doit coïncider avec la sédation complète des phénomènes morbides. Inutile de drainer.

Il s'écoule de l'incision un liquide tantôt crémeux, tantôt jaune, tantôt rouge, tantôt vert, et une multitude de débris de tissu cellulaire. D'autres fois, il sort, au lieu de pus, une sorte de mastic. L'abcès doit être inodore, sinon il y a eu faute de technique. La quantité de pus est très variable, de 50 gr. à 500 gr. La cicatrisation se fait avec une rapidité étonnante, ordinairement du dixième au vingt-cinquième jour, quelquefois — quand il y a sphacèle — après un mois et demi, et plus.

Lorsque, l'abcès étant évacué, le résultat n'est pas absolument bon, on pratique une deuxième injection et on provoque un deuxième abcès.

D'une manière générale, quand la réaction a été intense, les effets de l'abcès sont les suivants : immédiatement après, on peut avoir une élévation de température. Le lendemain, le pouls devient meilleur, la fièvre se calme, l'albuminurie diminue, l'amélioration va rapidement.

La méthode de la pyogénèse artificielle aseptique peut se résumer en quelques conclusions :

1° L'abcès artificiel paraît avoir chez l'homme infecté des effets thérapeutiques indiscutables ;

2° Il trouve ses indications dans tous les cas de septicémie banale, pure, après échec des autres traitements ;

3° L'intensité de la réaction locale est en raison de la résistance de l'individu ;

4° L'ouverture de l'abcès ne sera jamais ni précoce, ni tardive. Elle devra coïncider avec la détente des phénomènes morbides ;

5° L'abcès sera toujours traité aseptiquement ;

6° L'abcès artificiel a une base clinique : il améliore les cas de septicémie grave. Mais, ni l'expérimentation, ni l'étude pathologique ne montrent que c'est un moyen scientifique. C'est un procédé purement empirique.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sérothérapie de la dysentérie bacillaire.

Il y a quelques mois, MM. Vaillard et Dopter communiquaient à l'Académie les résultats obtenus dans 243 cas de dysentérie, par le traitement sérothérapique. Nous avons enregistré à ce moment les bons effets du sérum Vaillard-Dopter.

Aujourd'hui, MM. COYNE et AUCHÉ présentent un travail dans lequel ils préconisent un nouveau sérum, qu'ils ont nommé *sérum antidysentérique polyvalent*. Ces auteurs sont partis du point de vue suivant :

La dysentérie bacillaire, celle que nous observons en France, est causée par un bacille vu pour la première fois par Chantemesse et Widal, bien étudié plus tard par Shiga et nombre d'autres auteurs. Mais, à côté de ce bacille, considéré d'abord comme l'unique agent causal de la dysentérie de nos contrées, on n'a pas tardé à décrire d'autres bacilles, susceptibles comme lui de déterminer les symptômes de la dysentérie. Ces diverses espèces bactériennes dysentériques ont pu être rangées en deux groupes : le groupe des bacilles du type Shiga et le groupe des bacilles du type Flexner. Entre ces deux groupes existent des analogies très grandes et des différences qui, selon les uns (Dopter), ont peu d'importance, et selon d'autres sont assez accusées pour établir une séparation nette.

Dans ces conditions, MM. Coyne et Auché ont pensé qu'un sérum préparé exclusivement avec les bacilles du type Shiga n'aurait peut-être pas, vis-à-vis des bacilles du groupe Flexner, des propriétés préventives et curatives suffisantes. Pour tourner la difficulté, ils ont préparé une sorte de sérum mixte avec, simultanément, des bacilles du type Shiga et des bacilles du type Flexner, sérum antidysentérique *polyvalent*, c'est-à dire susceptible d'agir sur les deux groupes de bacilles.

Ce sérum, expérimenté sur treize malades — deux cas de dysentérie à bacille Shiga et 11 cas de dysentérie à bacille Flexner — a donné de bons résultats.

Traitement des nœvi vasculaires par le radium.

M. WICKHAM donne lecture, au nom de M. DEGRAIS et au sien, d'un travail sur le traitement des nœvi vasculaires par le radium. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

NOTES D'HYGIÈNE

Le vin.

MM. Doléris et Sabrazès viennent, l'un à la Société de Biologie, l'autre dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, de prendre la défense du vin considéré comme boisson hygiénique. Cette réhabilitation paraîtra prématurée à MM. Legrain, Triboulet et autres partisans de l'abstinence totale. Elle paraîtra tardive à maint lecteur du *Concours* qui, tout en enregistrant sans partialité les opinions contradictoires, a pourtant publié, à leur époque, les plaidoyers des docteurs Busselet et Degrave en faveur du vin.

D'après M. Sabrazès, le vin serait antiseptique et tuerait le microbe de la fièvre typhoïde. Plus il serait dilué et plus il faudrait de temps au bacille typhique pour mourir. Il y a dans cette simple donnée toute la révision d'un procès ancien que M. Huguenin pourrait spirituellement commenter dans un joli nouvel article sur les variations en thérapeutique.

Au point de vue plus général de l'hygiène, les abstinents totaux n'ont jamais, à dire vrai, convaincu tout le monde, même et surtout parmi ceux qui menaient avec le plus d'ardeur le bon combat antialcoolique, et il n'est point vrai d'affirmer que c'est la crise viticole actuelle qui est la cause du revirement, maintenant officiel pourrait-on dire, en faveur de la boisson nationale. Ce qui est exact, c'est que l'outrance avait fait dépasser les limites aux mieux intentionnés des tempéranciers et qu'aujourd'hui la vérité se fait jour.

En 1888, le professeur de Fleury professait à la Faculté de médecine de Bordeaux un cours de thérapeutique sur les bons effets physiologiques des vins français. En 1902, au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences tenu à Montauban, le docteur Mauriac faisait adopter, après une longue discussion, les conclusions suivantes à une très forte majorité : 1° l'usage régulier du vin naturel est le meilleur remède à opposer à l'alcoolisme ; 2° il y a lieu de vulgariser par tous les moyens possibles les effets bienfaisants du vin ; 3° les vins naturels pris à dose modérée sont favorables à la santé et donnent aux populations qui en usent habituellement une vigueur particulière ; 4° pour combattre efficacement l'alcool, il y a lieu de créer dans toutes les villes de quelque importance des débits et des restaurants de tempérance d'où les alcools et les liqueurs alcooliques seront rigoureusement exclus, mais où le vin sera permis.

Pour connaître la valeur réelle de ces quatre propositions, il fallait les mettre en pratique. Le docteur Lande et MM. Baysselance et Cazalet s'en chargèrent. Ils créèrent à Bordeaux des restaurants et débits de tempérance où le vin était autorisé et ils constatèrent que ces établissements atteignaient parfaitement le but en vue duquel ils avaient été ouverts. Les professeurs Arnozan et Régis enquêtèrent à leur tour sur le même sujet dans les Charentes, dans le Médoc et à Bordeaux même. Leur conclusion est que la santé publique dans ces régions à vignes est bonne, que la folie et la tuberculose n'y sont pas plus fréquentes qu'ailleurs et qu'en ce qui concerne cette dernière maladie, on la rencontre plutôt chez les gens pauvres qui boivent de l'eau tout en travaillant beaucoup. A Bordeaux, même, disent ces deux maîtres, on boit beaucoup de vin et il y a peu d'alcooliques ; l'alcoolisme n'est en progrès que pour la classe ouvrière qui boit de l'eau-de-vie et non du vin.

Des constatations et des faits identiques ont

été mis en lumière par M. le docteur Mascarel, de Châtellerault, et par le docteur Peton, de Saumur, au Congrès pour l'avancement des Sciences d'Angers.

Le vin, au surplus, présente les caractères d'un véritable aliment puisqu'il contient du fer et des chlorures, et, en Allemagne, nous dit le professeur Carles, on attache une grande importance à la richesse naturelle en fer qu'ont les vins, de telle sorte que ceux qui ont de ce métal en proportion élevée sont très recherchés. D'analyses faites en Allemagne, les meilleurs vins, sous ce rapport seraient ceux provenant d'Italie.

Cette opinion est erronée.

Le fer contenu dans un vin provient soit du sol, soit des engrais répandus à sa surface, soit des poudres ou liquides destinés aux traitements viticoles aériens. Entré en dissolution dans le vin tant par les racines que par les feuilles du cépage, lorsqu'il y est incorporé, il est surtout condensé dans la couleur, de sorte que les produits les plus ferrugineux sont d'ordinaire les plus colorés. Il est, dès lors, admissible que les Italiens, les Espagnols et les Portugais aient la prétention de fournir des vins ultra-ferrugineux, supérieurs à ceux de France.

Le fait est vrai pour les vins nouveaux, il cesse de l'être pour les vins vieux et dépouillés. En effet, pour rester en dissolution, le fer a besoin des acides naturels du raisin et, comme les vins méridionaux sont faibles en acidité naturelle, la majeure partie du fer primitif, passe, quand ils vieillissent, dans les lies avec le pigment.

Cette brusque déchéance ferrugineuse n'a pas lieu, au contraire, du moins de façon bien sensible avec les vins naturellement plus acides du centre européen à la tête desquels se placent les vins français dont la couleur possède une stabilité supérieure et qui sont aussi remarquables par leur équilibre chimique que par la délicatesse de leur bouquet. Jeunes, ils sont moins ferrugineux que les vins italiens, espagnols et portugais et vieux, ils le sont davantage.

Dr L. Viaud.
(Agon-Coutainville).

HYGIÈNE PUBLIQUE

Nous publions ci-dessous un intéressant article de M. Ed. Bonjean, du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui a pris une part si active, comme chef du laboratoire du Conseil, à l'organisation de la désinfection en France. C'est un article tout à fait d'actualité au moment où les commissions départementales, accomplissant le mandat qu'elles ont reçu des conseils généraux, s'efforcent de fixer leur choix sur des procédés de désinfection réunissant le plus grand nombre de qualités possible.

Désinfection et désinsection.

Certains rapporteurs des projets de désinfection devant les Conseils généraux et municipaux ont confondu cette question et ont demandé aux procédés de désinfection des propriétés et des qualités qu'ils ne possèdent pas.

Il ne faut pas confondre la *désinfection* et la *désinsection*. La *désinfection* a pour but la destruction des germes microbiens pathogènes, notamment ceux des maladies transmissibles dont la non destruction ou la dispersion peut entretenir des endémies ou provoquer des épidémies. La *désinsection* a pour but la destruction des insectes, mouches, moustiques, puces, punaises, vers, larves etc., susceptibles dans quelques cas particuliers de servir de véhicules à certains germes pathogènes.

La *désinfection* est la mesure de protection absolue : mort le germe, morte la maladie.

La *désinsection* est une des mesures adjuvantes dont la raison d'être n'a lieu que si la désinfection doit être réalisée, la destruction des insectes transbordeurs est insuffisante si on laisse persister le germe pathogène. Par exemple les mouches, ne peuvent transborder les germes dysentériques, typhiques, cholériques, sur les aliments ou sur l'homme qu'à la condition d'avoir puisé ces germes sur des produits non désinfectés (matières fécales, linges, literie, objets souillés par les excréta, humeurs, pus, etc.), néanmoins les puces, les punaises, les moustiques peuvent agir directement en puisant le sang et les germes de certaines maladies infectieuses sur le malade et allant inoculer ces produits pathogènes directement à l'individu sain. C'est pourquoi on doit s'efforcer de détruire ces insectes.

En tous cas les insectes vivant à l'abri des germes ou produits pathogènes ne sont pas dangereux pour la santé publique. Néanmoins on doit faire remarquer que pour la peste le germe et la maladie s'entretiennent dans le rat et se transmettent à l'homme par ses puces. Pour combattre la peste, il est donc de première nécessité de détruire les rats et leurs puces avant même qu'on désinfecte tous les produits et objets suspects ; mais cette maladie concerne surtout l'hygiène des navires des ports maritimes.

La désinfection doit donc avant tout détruire les germes pathogènes dès qu'ils sont expulsés de l'organisme et ensuite, par la désinsection, on doit chercher, autant que possible à exterminer tous les animaux qui sont susceptibles de véhiculer les germes et produits pathogènes.

Il n'existe pas actuellement de procédé qui soit capable de réaliser d'un seul coup d'une manière absolument efficace ces deux opérations.

Par exemple, le *sublimé corrosif* (bichlorure de mercure) n'a qu'une valeur bactéricide tout à fait insuffisante ; il enveloppe sans les tuer les germes d'une membrane organo-mercurique qui peut se dissoudre et remettre en liberté les germes avec leurs propriétés, notamment leur virulence ; au point de vue insecticide, il n'agit efficacement que lorsqu'on imprègne les objets, les boiseries, les linges, les tentures, de doses très élevées de solutions de sublimé ; mais dans la pratique courante ses propriétés insecticides sont comme ses propriétés bactéricides tout à fait insuffisantes, et de fait aucun procédé de désinfection basé sur l'emploi du sublimé n'a reçu l'approbation officielle conformément à la loi et aux décrets régissant la désinfection.

Son emploi doit donc être à peu près complètement abandonné dans la pratique de la désinfection aussi bien au point de vue de la désinfection que de la désinsection.

Le *Gaz sulfureux* est un excellent insecticide et destructeur d'animaux, mais, par contre c'est un bactéricide insuffisant. Les expériences de la Commission du Conseil Supérieur d'hygiène publique ont démontré que les germes quelque peu résistants, n'étaient pas tués par l'action du gaz sulfureux à des concentrations relativement élevées pour la pratique, et aucun procédé basé sur l'action du gaz sulfureux n'a été officiellement autorisé conformément à la loi pour la désinfection ; mais ces procédés qui n'ont pas été autorisés pour la destruction des microbes, sont au contraire adoptés et autorisés officiellement dans la Police sanitaire maritime pour la destruction des rats en vue de la prophylaxie de la peste ; là, ils donnent d'excellents résultats.

Certaines essences aromatiques, l'essence de térébenthine, le pétrole, les goudrons, la plupart des produits plus ou moins volatils retirés de la houille constituent de bons insecticides doublés souvent de bons antiseptiques ; ils peuvent rendre quelques bons services dans la désinsection mais surtout pour la destruction des puces, des punaises, des larves, des mouches, etc. La chaux, la soude, la potasse, les hypochlorites (chlorure de chaux, eau de Javel), le savon, ont des propriétés insecticides insignifiantes, par contre des propriétés bactéricides appréciables qui font employer avantageusement ces produits dans la pratique de la désinfection.

Malheureusement ces produits ayant une tension de vapeur nulle ou très faible, n'agissent que là où on met le produit directement en contact avec les substances renfermant le germe pathogène c'est-à-dire par imprégnation, lavage, badigeonnage ; de plus leur emploi est limité aux locaux, installations, mobiliers, objets grossiers, car ils attaquent et altèrent un grand nombre de matériaux.

Il est actuellement établi d'une façon indiscutable que les procédés efficaces de désinfection n'altérant pas les objets mobiliers sont tous basés sur l'utilisation des vapeurs d'aldéhyde formique. L'aldéhyde formique est en effet un excellent agent de désinfection, car non seulement il agit par le contact direct de ses solutions, mais encore grâce à son état de gaz à tension désinfectante son action atteint toutes les parties d'un local, sol, plafond, murs, étagères, coins, etc., dans un périmètre relativement étendu, et toutes les surfaces et les profondeurs sont désinfectées lorsqu'on a effectué l'opération dans les conditions de quantités de temps et de fonctionnement indiquées dans les certificats officiels.

Par contre l'action de l'aldéhyde formique pour la destruction des animaux et des insectes, moustiques, puces, punaises, larves, mouches, est négligeable tout au moins dans les conditions où on doit l'employer dans la pratique de la désinfection. Par conséquent, il ne faut pas demander à l'aldéhyde formique de tuer les insectes ou les petits animaux rongeurs. Au contraire, le gaz sulfureux est un excellent destructeur d'insectes et d'animaux, mais, il ne faut pas lui demander de tuer les germes résistants.

C'est donc deux problèmes bien différents à résoudre suivant que l'on veut effectuer la *désinfection* ou bien la *désinsection* et ces deux problèmes comportent actuellement deux solutions ou l'application de deux procédés différents.

Ou bien les procédés actuels réalisent une désinfection efficace, et dans ce cas, ils ne tuent pas les insectes, ni les animaux, ou bien ils sont d'excellents destructeurs d'animaux et d'insectes et alors ils sont des désinfectants insuffisants.

Il résulte de ces faits que les services de désinsection doivent être armés avant tout d'un procédé efficace de désinfection autorisé pour la destruction des germes microbiens basé sur l'action du *gaz aldéhyde formique* provenant du trioxyméthylène ou des solutions plus ou moins complexes d'aldéhyde formique et ensuite, mais secondairement, d'un procédé de destruction des insectes et animaux transbordeurs basé surtout sur l'emploi du *gaz sulfureux* et à notre avis *non sulfurique* afin d'éviter l'altération des objets.

En tout cas, on ne devra pas confondre la *désinfection* avec la *désinsection* ; ces deux opérations dont la première, prescrite par la loi, est indispensable et la seconde adjuvante, nécessitent des actions différentes et ne peuvent être réalisées actuellement que l'une après l'autre.

Ed. Bonjean,
Chef du laboratoire du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Un nouveau syndicat

Nevers, le 23 octobre 1907.

Monsieur le rédacteur en chef,

Mon nom jeté dans le débat, le souci de rétablir la vérité et le désir de mettre les choses au point, me font un devoir de répondre aux épitres successives que vous avez publiées dans votre honorable journal, au sujet des Enfants-Assistés. Je vous demanderai l'hospitalité, pour ces quelques lignes, qui ne sont probablement pas en nombre double de celles publiées, pensant qu'il me suffira de faire appel à votre courtoisie.

Il importe, dans toute question, d'entendre les deux cloches : or voici quel est l'autre son. La situation n'est pas aussi grave que votre correspondant se l'imagine. Je pourrai donner comme titre à ma réponse : « une tempête dans un verre d'eau » ou « beaucoup de bruit pour rien » ou encore « la grenouille qui veut se faire aussi grosse que le bœuf ». La vérité toute simple est celle-ci : les confrères chargés d'un service de l'A. P. dans la Nièvre, reconnaissant que le Syndicat existant (*qui en plusieurs occasions avait refusé de s'occuper de leurs intérêts particuliers*) ne pouvait utilement les défendre, se sont réunis en « Union Syndicale » dont l'activité se limitera exclusivement dans les questions d'Assistance. De là à parler de scission, il y a loin, puisque ces quarante confrères — *et non trois ou quatre comme vous paraissez le supposer* — restent du Syndicat, dont l'utilité s'est si souvent manifestée pour la défense des intérêts généraux du corps médical nivernais.

Le premier acte de la nouvelle « Union », qui, avec ses membres honoraires, comprend la majorité des médecins établis dans le département — qu'ils fassent ou no · partie de Syndicats — a été d'assurer le président du « Syndicat des Médecins de la Nièvre », M. le Dr Panné, de ses intentions bienveillantes à son égard. Donc, il ne saurait y av ir aucun malentendu à ce sujet.

J'avais toujours cru que notre ennemi, qu'avec raison vous n'admettez d'ailleurs pas pour notre maître — était le client ; aujourd'hui, je m'aperçois que c'est souvent le bon confrère qui, sous prétexte d'égalité, prétend vous manger la laine sur le dos. Aussi, j'attends avec un certain intérêt, mêlé de curiosité, que les confrères ayant voté la proposition Durand parlent de « partager » leurs places du tacot, ou du chemin de fer, ou de la justice, ou des épidémies, ou de la vaccination ou même de la gendarmerie. Mais je crois que j'attendrai longtemps ce mouvement, que j'avais pensé voir spontané, quand je connus leur amour du nivellement.

Comme le vœu proposé était pratiquement ir-

réalisable, il aurait été peut-être plus simple de trouver un terrain et une base d'entente, ou même de ne pas en parler.

Un confrère, qui doit se frotter les mains, c'est le promoteur de l'idée, qui, enthousiasmé, parle de provoquer le même mouvement dans les départements voisins : je suis heureux qu'il veuille bien le faire, afin que le succès et les conséquences qui viennent d'accueillir dans la Nièvre ses premiers actes, aient une extension aussi rapide et complète que possible, au moins dans la région.

Les grands arguments de ceux qui ont soutenu la susdite proposition étant l'égalité devant la caisse du percepteur et le fonctionnement, l'entretien de l'A. P. grâce à *notre* argent à tous ;

Je demanderai au dit promoteur :

1° D'appliquer son raisonnement au service militaire, c'est-à-dire de réclamer pour nous tous la place de médecin dans les régiments ;

2° D'évaluer la part contributive de chacun de nous au budget des Enfants-Assistés de la Seine et de la Nièvre ;

3° De nous dire ce qu'il pense de la prétention d'un confrère qui a acquis quelques centaines d'actions P. L. M. avec la pensée qu'un jour où aucun médecin n'en aura autant, il sera nommé médecin chef, directeur général de la santé de la Compagnie.

4° Enfin, il serait bien aimable s'il consentait à nous fixer le point d'histoire qui établit le chiffre des honoraires annuels de médecins de l'A. P. à 9 et 10.000 francs. Fut-ce dans des circonscriptions très difficiles à desservir, qu'il nous indique l'heureux coin où plusieurs (voire même un seul) confrères ont eu cette belle aubaine.

Parmi vos questions, figure celle-ci : Le Syndicat doit demander au Préfet une investiture pour chacun de ses membres, après quoi le libre choix s'exercera entr'eux, avec la garantie requise. » Permettez-moi de vous répondre que nous n'avons pas encore envisagé aucune opposition à faire à l'Administration ; cela ne paraît rentrer dans les idées d'aucun de nos adhérents. Vous comprendrez donc que nous ne nous préoccupons point de la façon dont l'Administration, et *non notre Syndicat*, recrute les membres du corps médical nécessaires au fonctionnement des services publics.

Sont-ce des prétentions ? Nous avions pensé que notre devoir ne devait point se borner à faire des visites, parce que rétribuées ; mais, à aider, dans la limite de nos forces et de quelque pratique administrative, à assurer le fonctionnement aussi intelligent que vous voudrez bien nous accorder — des lois d'assistance.

Aussi, puisque vous nous en avez donné l'occasion, permettez-moi de faire suivre ces lignes de notre procès-verbal ; il vous démontrera tout au moins que nous nous tenons dans les limites administratives et que nous nous efforçons de connaître ce qu'elles nous permettent d'espérer, de faire et d'étudier.

La première réunion générale des membres de l'« Union syndicale » a eu lieu le lundi 7 octobre, à Nevers. Vingt confrères y assistaient, plusieurs s'étaient excusés ou avaient envoyé leurs votes par lettre.

Sur 45 médecins de la Protection, cinq n'ont pas adhéré à notre groupement (4 pour l'arrondissement de Cosne, 1 pour celui de Nevers). Sur les 6 confrères qui ont seulement le service de la Seine, un seul n'a pas adhéré.

Lecture est donnée d'une lettre de M. Mesureur, directeur de l'administration générale de l'A. P. qui accepte la présidence d'honneur en ces termes :

Administration générale
DE
L'ASSISTANCE PUBLIQUE
à Paris

CABINET DU DIRECTEUR

Paris, le 26 Septembre 1907

« Monsieur le président.

« En réponse à la lettre que vous avez bien voulu m'adresser de la part de vos collègues, MM. les Médecins Inspecteurs du service des Enfants-Assistés de la Seine placés dans le département de la Nièvre, pour m'offrir la présidence d'honneur de l'Association syndicale qu'ils ont fondée, je suis heureux de vous faire connaître que j'accepte avec empressement l'honneur que vous voulez bien me faire et qui me permet de vous donner, ainsi qu'à tous vos confrères, un témoignage de la reconnaissance que mon administration et son Directeur doivent au corps médical de la Nièvre pour son dévouement à nos enfants.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée et de mes sentiments dévoués.

« MESUREUR. »

Les questions portées à l'ordre du jour ont donné lieu à une discussion intéressante que nous pouvons résumer aussi :

De l'inscription des nourrissons sur la liste de l'A. M. G. — Le confrère Billiard expose qu'il est bien rare de voir inscrire sur la liste de l'A. M. G. les protégés et les secourus (légitimes et naturels) ; il propose qu'il soit délivré à la nourrice, en même temps que le livret, une feuille de maladie à l'Assistance qui lui permette d'obtenir des bons de visite, si l'enfant devenait malade. Plusieurs moyens sont encore proposés et seront transmis à M. l'Inspecteur départemental, à qui on signalerait immédiatement tout refus de délivrance de bons par les maires.

A l'unanimité les membres présents se rangent à cet avis. La première partie sera remise comme vœu à M. l'Inspecteur départemental du service de la Nièvre, la seconde sera dès maintenant exécutée individuellement par chacun de ceux des membres de l'Union syndicale qui en auront l'occasion..

Les visites décadaires de la Seine. — Le confrère L. Charpentier examine la difficulté de faire les visites décadaires à jour fixe ; les cas de force majeure abondent dans la profession médicale ; accouchement, malade plus urgent, accident du travail, difficultés de transports, maladie du médecin même ; de plus la surveillance, pour être efficace, ne doit pas s'exercer à jour fixe. Ces visites, de même que celles faites aux pupilles au-dessous de 10 ans — créent pour le médecin un déplacement spécial qu'il est légitime de rétribuer ; il propose de transmettre à l'administration de la Seine le vœu qu'une latitude de 2 jours avant et après le 10e jour soit laissée pour les visites décadaires, pour lesquelles — de même que pour celles aux pupilles au-dessus de 10 ans malades — il sera demandé une indemnité kilométrique à l'aller de 0 fr. 70 (tarif de l'A.M.G.) de médecin à malade.

Ce vœu, mis aux voix est adopté à l'unanimité.

Insérer dans le contrat de placement l'obligation pour le patron de prendre le médecin de l'Assistance pour les Enfants-Assistés, en cas d'accidents de travail. — Les conclusions du rapporteur sont adoptées : on demandera à MM. les directeurs généraux de la Nièvre et de la Seine de vouloir bien faire insérer dans tous les contrats de placement prévus par la loi du 27 juin 1904 le nom et l'adresse du médecin du service qui doit donner ses soins en cas d'accidents du travail aux pupilles de l'Assistance publique.

Les médecins attachés à l'administration départementale et les chemins de fer départementaux. — Le rapport du confrère Subert conclut qu'en compensa-

tion de la situation diminuée des médecins de l'Assistance, le département — qui va subventionnner le 2e réseau des chemins de fer départementaux — doit faire insérer dans les clauses du cahier des charges la nomination, comme médecins (titulaires ou adjoints), des médecins titulaires du service administratif départemental.

Un vœu dans ce sens est voté et transmis immédiatement au Conseil général siégeant le soir.

Le confrère Jules Subert donne lecture du rapport sur le vœu tendant à confier aux médecins de la Protection les autres services de l'Assistance.

Quelques-uns de nos confrères se sont alarmés — à tort comme vous le verrez — de cette proposition qui, selon leur expression, tendrait à consacrer un mandarinat. Avant de passer à l'examen qui vous montrera qu'il est juste et prudent de rassembler les mêmes services sur la même tête, je dois en quelques mots vous dire le droit qu'a l'Assistance de choisir celui qui doit veiller à l'exécution de la loi, pour qu'elle soit appliquée selon les désirs et la pensée du législateur. S'il est vrai que les mêmes diplômes confèrent les mêmes droits, il est non moins exact que le rôle social du médecin ne fait que commencer au sortir de l'Ecole et que le diplôme ne lui confère que la faculté de l'exercer. Libre à lui de s'en tenir aux malades et aux blessés, mais nous pensons quant à nous qu'à l'heure où une place est laissée de plus en plus grande, dans la Société moderne, aux médecins, il faut qu'ils l'occupent, avec l'intention loyale d'aider à l'application des lois, ou qu'ils la laissent, en se contentant de rester observateurs indifférents ou hostiles à leur exécution.

En ce qui concerne l'Administration, elle a le devoir de s'entourer de toutes les garanties nécessaires pour l'exécution intégrale du programme qu'elle s'est fixée, et le droit d'exiger ces garanties. En s'adressant à l'un plutôt qu'à l'autre, en suivant la convenance, ou en faisant, elle aussi, son « libre choix », elle est dans son rôle, elle ne fait qu'exercer un droit.

A-t-on quelque peu réfléchi à ce qui se passerait le jour où elle aurait à s'adresser à plusieurs confrères dans le même canton et a-t-on vu le piètre résultat qu'on obtiendrait forcément, fatalement, d'ouvriers élevant un édifice avec un plan absolument différent ?

On a prononcé le mot de « médecin administratif » qui effraye quelques-uns, et fait sourire le plus grand nombre. La force même des choses, la marche inéluctable d'une organisation qui progresse, tout mène au médecin administratif ; c'est-à-dire au médecin qui se plie aux exigences des lois et règlements. au médecin qui, par contre, est l'agent professionnel de l'Assistance, et qui parle à tous au nom de la loi.

La sollicitude de plus en plus grande des pouvoirs pour la santé publique n'est qu'une manifestation du progrès qui, comme toute évolution vers un idéal meilleur, s'implantera et pénétrera de plus en plus dans nos habitudes et dans nos mœurs. A des situations nouvelles, il faut des rouages nouveaux ; et le médecin de demain sera un ouvrier indispensable, le collaborateur obligé du législateur.

Les services que prévoit la loi, et qui doivent être successivement organisés, sont, en comptant ceux qui le sont déjà :

La vaccination.
La surveillance des crèches.
La protection des enfants du 1er âge (Consultation des nourrissons).
Enfants secourus du premier âge.
Pupilles de l'Administration.
Assistance médicale gratuite,
Assistance aux infirmes incurables (assimilés aux enfants assistés).
Assistance aux vieillards.
Et quand le médecin sera cantonal :
Hospice cantonal.
Prophylaxie antiépidémique.
Maternité.
Hygiène et santé publiques.

Ce sont là, en effet, les divisions prévues. L'accumulation de quelques-unes avec le service de la protection s'impose d'elle-même ; pour d'autres, la relation est moins visible : l'assistance médicale gratuite par exemple. Vous savez que la loi autorise les communes à organiser, comme elles l'entendent, le service médical, soit en faisant appel à tous les praticiens, soit en traitant avec l'un d'entre eux. Ce dernier droit est très peu exercé, en règle générale ; en ce qui concerne notre département, il ne l'est point d'une façon officielle ; en réalité, il l'est néanmoins, les assistés étant souvent canalisés et envoyés vers un confrère de préférence à un autre.

Dans toutes ces questions de budget départemental ou communal, l'économie joue un grand rôle et le jour où l'Assistance départementale verra que de ce fait une notable réduction peut être apportée dans les prévisions budgétaires, soyez certains qu'elle tâchera de solutionner le plus rapidement possible cette question.

Je me résumerai en vous prédisant qu'un jour prochain nous devrons envisager ces diverses éventualités ; je crois donc que nous ferons œuvre sage en y songeant dès maintenant. Pénétrés de votre rôle et de l'importance sociale de vos fonctions, il vous semblera sans doute que les mêmes raisons qui vous ont fait choisir pour être médecin de la protection, seront une indication pour vous confier celles, nouvelles, qui augmenteront, certes, un fardeau déjà lourd ; mais pour le service duquel vous trouverez les forces nécessaires dans la conscience tranquille du devoir accompli. »

Après une courte discussion, l'assemblée décide, sur la proposition de M. le docteur Paillard, qu'elle approuve en principe les conclusions du rapporteur et qu'elle prie l'administration départementale de vouloir bien mettre la question à l'étude dès qu'il lui sera possible.

Plainte contre un de nos confrères. — L'assemblée déclare que les conclusions pratiques à tirer de la plainte visant le confrère Mausion (de Montsauche) pour n'avoir point fait assez de visites à un enfant protégé, malade âgé de plus d'un an, sont : le rétablissement des visites mensuelles jusqu'à deux ans comme le permet la loi, puis l'inscription sur le livret de la nourrice des seules observations touchant ses devoirs, toute note sur l'état de santé de l'enfant, comme l'avait pensé notre confrère, pouvant être considérée comme une violation du secret professionnel.

L'assemblée décide en outre d'inviter les confrères, en cas de plainte les visant, à transmettre au Bureau de l'U. S. toutes les pièces et dossiers qui pourraient être en leur possession pour se justifier, afin d'éclairer tous les membres de l'Union sur les risques généralement communs à tous et de pratiquer les devoirs que la solidarité impose à chacun.

Enfin les questions suivantes restent à l'ordre du jour de l'Assemblée de janvier :

Formation d'un conseil de discipline (Lebœuf).
De l'unification et de la répartition des circonscriptions médicales (Mausion).
Du placement et du déplacement des enfants assistés de la Seine (Valéry).
Des économies possibles dans le service de l'A. M. G. (J. Subert).

Puis les vœux ci-après à transmettre au Conseil supérieur de la protection des enfants du 1er âge.

Améliorations à apporter aux certificats médicaux délivrés aux nourrices.

Moyens à employer pour empêcher le placement frauduleux des nourrices sur lieu.

Les confrères sont en outre priés de répondre aux questions ci-dessous :

Au cas possible où le Conseil général de la Nièvre, par mesure d'économie et en vue de mieux assurer le service de l'Assistance médicale gratuite, voudrait confier, comme la loi en donne le droit — aux seuls médecins de la Protection la charge du service :

1° Dans quelle mesure pourriez-vous l'assurer ?

2° Le périmètre kilométrique où vous assurez la protection des enfants du premier âge vous paraît-il convenir à cette extension ?

3° Dans la négative, quelles modifications territoriales vous paraîtraient utiles ?

4° Quels seraient les avantages que, selon vous, les pouvoirs publics retireraient de cette réorganisation ?

J'ai l'honneur, Monsieur le rédacteur, de vous remercier de votre courtoisie et bien que n'ayant point fait appel à la loi sur la presse, de savoir gré au législateur qui l'a mise au jour.

Veuillez recevoir mes salutations les plus distinguées.

Dr J. SUBERT.
10, rue St Etienne, Nevers.

N. D. L. R. — Même avant la loi *sur la presse*, le *Concours médical* était journal d'études et enregistrait tous les sons de cloche.

Il n'a pas changé et est très heureux de le prouver sans conditions au confrère Subert dont l'intéressante lettre pourrait bien ouvrir dans nos colonnes cette discussion encore neuve : « Les médecins de la protection du premier âge sont-ils fonctionnaires ? Si oui, ont-ils le droit de se syndiquer ? Sous quelle forme et dans quelles limites? etc... » Si nos souvenirs sont exacts, c'est précisément à propos d'un médecin de la Nièvre que la Cour de Cassation, sur la demande de nos Sociétés de défense professionnelle, a traité un jour de cette question obscure.

Avis

Un de nos membres nous demande pourquoi chacun de nous, affiliés au Concours Médical,ne mettrait pas dans ses publications,au nombre de ses titres,celui de membre du Concours Médical.

Par exemple :

Un cas de .... etc.
par M. le docteur X.....
Médecin des hôpitaux, etc.
(ou rien du tout).
(et toujours) Membre du *Concours Médical*.

Le conseil de Direction du Concours médical ne peut qu'applaudir à l'idée et serait heureux d'avoir l'avis des sociétaires à ce sujet.

REPORTAGE MÉDICAL

Hommage au Dr Hallopeau. — Nous rappelons que la souscription ouverte par les amis et les élèves du Dr HALLOPEAU pour lui offrir une médaille exécutée par M. CHAPLAIN, sera close le 10 novembre 1907.

Les souscriptions sont reçues par MM. J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille. Tout souscripteur de la somme de 25 francs recevra une médaille.

La commission du tarif des accidents du travail. — Nous lisons dans l'«*Officiel*» du 26 octobre.

Par arrêté du ministre du travail et de la prévoyance sociale en date du 14 octobre 1907, MM. Gourju, sénateur, et Vaudin, président de l'Association générale des pharmaciens de France, ont été nommés membres de la commission chargée de l'élaboration du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accidents du travail, en remplacement de MM. Milliès-Lacroix et Viala.

Le *Concours* ne peut que se féliciter de ces désignations. Celle de M. le sénateur Gourju, notamment, était d'autant plus indiquée qu'à lui revient l'idée première de la création de ce tarif et qu'il en a défini la portée et la raison d'être avec beaucoup de soin devant le Sénat, comme il l'avait fait devant le Conseil de l'Union des syndicats, très inquiet de cette innovation.

Arrêté du ministre de l'intérieur relatif à la nomination des médecins en chef des asiles de la Seine.

Art. 1er.— Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, à l'exclusion des postes de directeur-médecin des colonies familiales, dont les titulaires continueront à être nommés comme par le passé.

Art. 2. — Par mesure transitoire, un poste sur deux sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs médecins des colonies familiales actuellement en fonctions.

Art. 3. — Les concours, dont les opérations s'effectueront à Paris par les soins de la préfecture de la Seine, sont annoncés au moins un mois à l'avance par des affiches qui sont apposées à Paris et dans la banlieue, dans les endroits publics les plus apparents ; dans les départements, au siège de la préfecture, et, s'il y a lieu, à la Faculté de médecine et à l'asile départemental d'aliénés.

Art. 4. — Sont admis à prendre part au concours les directeurs-médecins des colonies familiales de la Seine, les directeurs-médecins et médecins en chef et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, et quartiers d'hospices de France, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans et qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de cinquante ans au moment de l'ouverture du concours.

Art. 5. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service des aliénés, 1er bureau, 2, rue Lobau, Paris), pour obtenir leur inscription, en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites par l'article 4.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

ART. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre de l'intérieur, après avis du préfet de la Seine et close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

Art. 7.— Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être désignés conformément aux dispositions de l'article 9 sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, président; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

Art. 8 — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusque et y compris le sixième degré, entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, adressée au préfet de la Seine. Les candidats ont cinq jours, à partir de la constitution définitive du jury, pour formuler leurs réclamations.

Art. 9. — Le jury est composé comme suit : Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, nommé par le ministre, président ;

Un professeur ou agrégé, choisi par le ministre de l'intérieur sur une liste de trois noms présentée par la faculté de médecine de Paris ;

Deux médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine ;

Un médecin en chef appartenant : soit à la maison nationale de Charenton, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière, soit à l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police ;

Deux directeurs médecins ou médecins en chef des asiles publics des départements autres que ceux de la Seine.

Deux suppléants, dont l'un pris parmi les médecins en chef des asiles de la Seine, et l'autre parmi ceux des asiles des autres départements.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet et ne doivent comprendre que les médecins comptant au moins cinq années de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative :

Le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine et le chef du premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur.

En outre, un secrétaire administratif est désigné par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 10. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours ; mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 11. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve écrite de pathologie mentale pour laquelle il sera accordé quatre heures ;

2° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, vingt minutes de réflexion et trente minutes d'exposition ;

3° Une épreuve écrite sur l'examen des deux aliénés dont l'un sera l'objet d'une consultation, l'autre l'objet d'un rapport médico-légal. Il sera accordé au candidat trente minutes pour examiner chacun des malades et trois heures au total pour rédiger le rapport et la consultation ;

4° Une épreuve écrite sur une question relative aux soins à donner aux différentes catégories d'aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ;

5° Une épreuve de clinique médicale ordinaire portant sur un malade. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen, vingt minutes de réflexion et vingt minutes d'exposition ;

6° Une épreuve sur titres. Les points de l'épreuve sur titres sont donnés au début du concours.

Art. 12. — Le maximum des points attribués à chacune des épreuves est fixé à 30.

Dans le cas où le nombre des candidats ayant pris part aux deux premières épreuves est supérieur au quadruple du nombre des places, ces deux premières épreuves peuvent être considérées comme éliminatoires pour la moitié des candidats.

Art 13. — La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine notamment les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art 14. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

Art. 15. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre des points qui leur sont attribués.

Art. 16. — Les candidats qui ont passé avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite ; ils font alors choix des places à attribuer, suivant leur ordre de classement.

Art. 17. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer, et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

Art. 18. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 19. — Le directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur et le préfet de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Facultés et hôpitaux.

— Le Prof. de Lapersonne commencera son enseignement clinique le 3 novembre 1907 et le continuera tous les jours à 9 h. Lundi, Polyclinique et examen de malades ; Mardi, opérations et visites dans les salles ; Mercredi, Polyclinique et ophtalmoscopie ; Jeudi : Opérations et visites dans les salles ; Vendredi ; Polyclinique ; à 10 h., leçons cliniques à l'amphithéâtre Dupuytren : samedi ; Laboratoire.

— M. Lorrain, ancien interne des hôpitaux, commencera le mardi 5 novembre, à 2 h., au laboratoire de l'hôpital St-Joseph (7, rue Pierre-Larousse), une série de 20 leçons pratiques de bactériologie médicale. Les leçons auront lieu les mardis, jeudis, samedis à la même heure.

— M. le Prof. Gaucher commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le mercredi 6 novembre 1907 à 10 h. du matin, à l'hôpital St-Louis (amphithéâtre des cliniques), et le continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Mercredi ; Leçon clinique ; dimanche ; leçon didactique. La première leçon du mercredi 6 novembre sera consacrée à l'étude du spirochète de la syphilis.

— Un concours public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés des hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière aura lieu le lundi 25 novembre à midi à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique. On s'inscrit au service du personnel de midi à 3 h. tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 21 octobre au samedi 9 novembre inclusivement.

Les candidats doivent être Français, avoir 28 ans au moins et 5 années de doctorat les années d'internat des hôpitaux de Paris ou des hospices d'aliénés de la Seine étant comptées comme années de doctorat.

— M. le Prof. Nicolas commencera le cours d'anatomie le samedi 9 novembre 1907 à 4 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Objet du cours : Centres nerveux.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 45 Dimanche 10 NOVEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Réunion du Bureau pour la préparation de l'assemblée générale prochaine.

(17 *octobre* 1907).

Présents : MM. Maurat, Lepage, Cézilly, Gassot, Jeanne, Mignon ;

Blache, contrôleur de l'A. G. ;

David (de Claye-Souilly. S.-et-M.) et Jacquot (de Creil-Oise), contrôleurs de l'Amicale.

La parole est donnée au trésorier après vérification de ses comptes par les contrôleurs. Il donne lecture du rapport suivant.

Rapport du Trésorier,

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter les comptes de notre Association Amicale pour l'année 1906.

Au 31 décembre 1905, nous étions 1086 membres. Au cours de l'année 1906, votre Conseil d'administration a prononcé 93 admissions ; mais d'autre part, nous avons perdu 23 sociétaires, savoir 18 par décès, 4 par démissions et 1 par radiation, de telle sorte qu'au 31 décembre 1906 nous restons 1156 savoir :

600 membres inscrits à la combinaison A ;
2 membres inscrits à la combinaison 1/2 A ;
495 membres inscrits à la combinaison B ;
12 membres inscrits à la combinaison 1/2 B ;
47 membres inscrits à la combinaison C.

Vous voyez que notre nombre va sans cesse en progressant, mais, en considération de la sécurité apportée par l'Amicale, nous voudrions voir cette progression plus rapide.

Recettes.

Les recettes de l'année 1906 se sont élevées à 108.697 fr. 98, savoir :

Cotisations	98.724.25
Intérêts	7.251.83
Recouvrements et rappels	975.65
Dons	688.35
Remboursement de valeurs	982.40
Remboursement à la caisse auxiliaire	75.50
Total	108.697.98

Dépenses.

Les dépenses pendant la même année, se sont élevées à 85.129.90, savoir :

Matériel .....Fr.	66.80	
Impressions	330.60	
Frais de poste	493.85	
Recouvrements et rappels	268 60	
Timbres quittances	222.40	
Frais de Trésorerie	59.20	
Frais de bureau	2.600.»»	
Déplacements des membres du Conseil	139.»»	
Frais d'inventaire	500.»»	4.680.45
Indemnités-maladie		70.302.65
		74.986.10
Pour ordre :		
Versements à la Caisse des pensions	9.980.»»	
Remboursements p. ristournes	102.»»	
Retraits à la caisse auxiliaire	64.80	10.146.80
Total		85.129.90

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'année		108.697.98
on ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1905	4.248.70	
et les espèces en caisse	525.76	4.774.46
on trouve		113.472.44
et si l'on déduit les dépenses de l'année		85.129.90
Il reste un excédent de		28.342.54

dont emploi a été fait de la manière suivante :

1. Achats de valeurs :

2 obligations, chemin de fer Grand Central 3 %	921.10
10 obligations, gouvernement général de Madagascar 3 %	4.637.50
30 obligations chemin de fer de l'Ouest Algérien, 3 %	12.900.»»
10 obligations Tunisiennes, 3 %, 1892	4.500.»»
	22.958.60

2. Espèces :

A la Société générale	7.069.48	
Moins dû au Trésorier	1.685.54	5.383.94
Total égal		28.342.54

Compte Capital.

Ce compte au 31 décembre 1905, comprenait :

Portefeuille	240.785.87
Espèces	4.774.46
Total	245.560.33
Il se trouve au 31 décembre 1906, porté à	268 203.89
Augmentation	22.643.56

En effet le portefeuille, par suite de valeurs nouvelles a subi une augmentation de	22 958.60	
Mais, d'autre part, par suite de remboursements, il a été diminué de	924.52	
Reste		22.034.08
Le compte espèces était de	4.774.46	
Il est maintenant de	5.383.94	
Augmentation		609.48
Total égal		22.643.56

Les 268.203 fr. 89 qui représentent le compte capital se répartissent de la manière suivante :

Portefeuille (valeurs au prix d'achat)	262.819.95
Espèces	5.383.94
	268.203.89

Cette somme représente l'avoir des diverses combinaisons et celui de la caisse auxiliaire :

Les combinaisons A et 1/2 A possèdent	92.025.67
Les combinaisons B et 1/2 B	171.963.92
La caisse auxiliaire	4.214.30
	268.203.89

Avoir de l'Association Amicale au 31 décembre 1906.

Par suite de la baisse des valeurs, notre portefeuille présente une moins-value sensible ; heureusement que nous n'avons pas à réaliser et que nous pouvons attendre des jours meilleurs. Quoi qu'il en soit, voici le tableau de nos valeurs :

1° Portefeuille

	Au prix d'achat	C. du 31 déc. 1906
600 fr. Rente française 3 %..fr.	21.120.55	19.050.»»
40 obligations tunisiennes 3 % 1892	18.907.75	18.080.»»
40 obligations gouvernement général de Madagascar	4.637.50	4.525.»»
40 obligations gouvernement général de l'Algérie	18.200.»»	17.800.»»
20 obligations département de l'Aude 3,44 % 1898	9.882.90	9.760.»»
20 obligations ville de Paris 2 % 1899	8.220.35	8.160.»»
30 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	14.117.09	13.185.»»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4.683.41	4.397.50
40 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % anciennes	19.140.25	17.880.»»
20 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles	9.395.70	8.760.»»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.835.52	13.410.»»
60 obligations chemin de fer Grand Central 3 %	27 732.73	26.700.»»
120 obligations chemin de fer de l'Ouest 2,50 %	49.320 »»	47.100.»»
30 obligations chemin de fer de l'Est algérien 3 %	13.034.90	12.990.»»
30 obligations chemin de fer de l'Ouest algérien	12.900.»»	12.795.»»
15 obligations Banque hypothécaire 3 % 1880	8.493.»»	8.340.»»
20 obligations foncières 1883	9.198.40	8.780.»»
	262.819.95	251.712.50

2° Espèces :

A la Société générale.	7.069.48		
Moins dû au trésorier.	1.685.54	5.383.94	5 383.94
Totaux		268.203.89	257.096.44

Caisse auxiliaire.

Elle possédait, au 31 décembre 1905		3.615.30
Nous lui avons versé ;		
Les dons sans affectation spéciale	588.35	
De plus, il lui a été remboursé	75.40	663.85
		4.279.10
Mais elle a versé pour un confrère		64.80
Il lui reste donc		4.214.30

Le Conseil d'Administration vous demande, Messieurs, de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière définitive.

Après l'approbation de ce compte-rendu, le président donne la parole à M. le Dr Mignon pour lecture de son rapport annuel.

Rapport du Secrétaire général.

Chers Confrères,

Aurions-nous donc atteint la perfection, et trouveriez-vous que notre chère Amicale ait réalisé votre idéal ? Ou bien le zèle réformateur de nos adhérents serait-il éteint au point d'étouffer en eux toute critique ou toute tentative d'amélioration ? Je ne sais. Toujours est-il que depuis l'an dernier je n'ai reçu presque aucune plainte soit au sujet des statuts, soit au sujet de l'application qu'en fait votre Bureau ; je n'ai, émanant de nos sociétaires, aucune proposition à vous présenter ; et nous serions bien embarrassés cette année si nous avions compté sur vos projets de réforme pour corser notre ordre du jour.

Je ne prétends pas cependant que tout le monde soit content et enchanté. Quelques adhérents ne peuvent pas retenir leur mauvaise humeur d'avoir à subir l'exigence de nos statuts ; les uns trouvent que l indemnité de 10 fr. par jour s'arrête bien vite, d'autre que 100 fr. par mois d'indemnité chronique c'est bien peu pour soulager ; d'autres que nous sommes trop avares de cures thermales, trop peu indulgents pour les irrégularités, trop stricts pour l'obligation de se faire inscrire à l'Association Générale des Médecins de France, etc., etc.

Mais je dois à la vérité de dire que ces plaintes se font de plus en plus rares, que les camarades qui ont pu les faire ont tout de suite été convaincus par nos arguments, et qu'ils ont tous reconnu que nous administrions avec la sagesse voulue, puisqu'aucun n'a poussé jusqu'à vous sa réclamation première. C'est ce qui me fait dire que vous paraissez satisfaits de votre œuvre et que vous ne voyez pour l'instant rien à y toucher.

Heureusement, votre Bureau est plus exigeant ou moins satisfait que vous ne semblez l'être ; et lui, ne trouve pas encore que tout est pour le mieux. C'est pourquoi il a tenu à mettre cette année sur pied cette nouvelle combinaison D dont vous connaissez déjà le principe et le but et dont rêvions depuis si longtemps la naissance.

Ah ! mes chers Confrères, ce fut une gestation longue et difficile ! Il ne nous a fallu rien moins

que la puissante intervention de l'Association Générale pour mener à bonne fin ce douloureux enfantement. Il est vrai qu'elle semble tout exprès avoir mis à notre service un accoucheur de premier ordre dans la personne de son si dévoué secrétaire général, notre ami M. le Dr Lepage.

Bref, l'enfant est née très viable, et il ne dépend que de vous, maintenant, de lui donner la vigueur de ses sœurs aînées. Nous comptons pour cela sur toute votre ardeur, sur votre zèle infatigable, pour le plus grand bien de nos veuves et de nos orphelins. Je ne vous dirai donc rien de plus sur ce point, me réservant de vous en entretenir plus longuement l'année prochaine.

La question de l'Assurance contre la maladie commence à prendre une place de plus en plus prépondérante dans toutes les sociétés ayant pour but la Prévoyance et la Défense professionnelles. Après les petites associations locales ou régionales qui ont fusionné avec nous, après l'Association Générale des Médecins de France qui a préféré assurer ses membres chez nous plutôt que de créer une œuvre rivale, voici maintenant que les syndicats médicaux parlent à leur tour d'utiliser une partie de leurs ressources à assurer leurs membres contre la maladie.

Or, nous l'avons dit bien des fois, mais nous ne saurions trop le répéter, dans des œuvres comme les nôtres, il n'y a rien de plus funeste, de plus néfaste à la collectivité que la diffusion des efforts pour arriver au même but. Croyez-vous que nous serions arrivés au résultat financier que votre Trésorier vous annonçait tout à l'heure, croyez-vous que nous aurions pu rendre les mêmes signalés services à tous ceux que la maladie avait frappés, si, au lieu de vous unir en un vigoureux faisceau de plus de 1200 membres, solidement liés aux mêmes statuts et à la même direction, nous avions voulu nous diviser en cinq ou six sociétés régionales de 200 à 300 membres chacune, absolument indépendantes les unes des autres, sans lien et sans soutien commun ? Non, mes chers confrères ! Ici, plus que partout ailleurs, l'Union fait la force ! et si, à côté de nous, deux sociétés analogues à la nôtre ont pu vivre et se défendre, c'est qu'elles ont toutes deux pour elles le nombre de leurs adhérents, la richesse de leur caisse et un rayon d'action absolument spécial. Encore, suis-je absolument convaincu que, s'il avait été possible à la Société Lagoguey, à la Société du Rhône et à l'Amicale de fusionner ensemble comme la Prévoyance du Sud-Ouest l'a fait avec nous, nous aurions toutes les trois pu rendre à tous nos camarades plus de services avec moins de frais, moins de dépenses, et, laissez-moi vous le dire tout bas, moins de pertes d'argent par « carottages ».

Malheureusement, dans l'état actuel des choses, et par la constitution même de ces deux sociétés, la fusion désirée n'est pas encore possible : car si leur but est le même que le nôtre, les chemins pour y parvenir sont un peu différents.

Mais ailleurs, on a compris la nécessité de l'Union. Je vous rappelais tout à l'heure la Prévoyance du sud-ouest, qui, tout en gardant son autonomie locale, ne fait plus qu'un avec nous ; je vous rappelle l'Association des Médecins de France qui n'a pas voulu, malgré sa puissance, créer une caisse rivale et nous a choisis pour assurer à ses membres l'indemnité maladie ; je pourrais vous signaler tels autres projets de création de caisses similaires, morts sitôt que nés, tant les auteurs s'étaient, à la réflexion, pénétrés de ce principe : « que la multiplicité des œuvres ayant le même but ne pouvait que nuire à la collectivité des intérêts en cause ».

Quant aux projets des syndicats, vous avez tous pu lire dans un des derniers numéros du *Concours*, un article de tête non signé, mais dont l'auteur anonyme est l'apôtre peut-être le plus ardent de la défense professionnelle le grand tombeur des Compagnies d'Assurances : je respecterai l'anonymat en vous disant qu'il est de Saint-Mandé. Cet auteur nous exposait comment son syndicat avait fait entrer d'office tous ses membres au Sou Médical en portant la cotisation à 27 fr. Il ajoutait qu'un autre syndicat pourrait et devrait mieux faire encore, en augmentant les cotisations jusqu'à pouvoir faire entrer obligatoirement les syndiqués à l'Amicale et à la Caisse des Pensions.

Or, tout en remerciant l'auteur de sa généreuse pensée pour nous, en le remerciant de proposer l'Amicale comme Caisse maladie des syndicats au lieu de conseiller à chacun d'eux de créer une petite Caisse particulière non viable, je suis obligé de dire à mon ami Diverneresse : Halte là ! et discutons !

Vous savez que les deux grands principes qui régissent nos statuts, qui font la base sur laquelle repose notre sécurité, sont la proportionnalité du taux de la prime suivant l'âge d'entrée, et la nécessité du certificat de santé initial : on peut dire que ces deux principes sont non seulement la sauvegarde de votre avenir, comme ils ont été la cause de notre prospérité depuis 12 ans, mais que sans eux, toute caisse d'indemnité-maladie, si solide soit-elle, a un point faible, un défaut de cuirasse, une menace perpétuelle de ruine ou d'insuccès. L'éminent actuaire qui a établi vos calculs de primes, M. Léon Marie, connaissant le danger autant par expérience que par intuition mathématique, nous avait dès l'abord mis en garde contre la prime fixe pratiquée dans d'autres sociétés ; les événements ont prouvé qu'il avait eu raison ; et quant à la nécessité de ne pas être atteint de tare morbide à l'entrée d'une Caisse indemnité-maladie, elle est tellement évidente, que je n'insiste pas sur ce point.

Or, comment concilier ces deux principes fondamentaux avec la belle et généreuse idée de Diverneresse ? Comment imposer en quelque sorte à l'unanimité des syndiqués la prime d'entrée à l'Amicale, si une partie d'entre eux ne peut statutairement bénéficier des avantages de l'œuvre, soit à cause de leur âge, soit à cause de leur santé ? Comment enfin concilier ces deux lois inconciliables de l'égalité de la cotisation syndicale et de la proportionnalité de la prime d'assurance maladie ?

Pour ardu qu'il soit, le problème n'est pas insoluble, et si j'ai tenu à étudier longuement ce projet c'est qu'il est si séduisant que nous devons tous encourager nos syndicats à le mettre à l'étude ; et je me fais un devoir de signaler à tous les syndicats médicaux de France ce que l'un d'eux a été le premier à aborder : l'étude de la mise en pratique de l'idée de Diverneresse. « Ce syndicat c'est celui du Gers, et c'est peut-être celui qui un jour prochain va ravir au syndicat de Saint-Mandé la coupe que ce dernier avait enlevée de haute main au syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Voici quel est en substance le projet du syndicat du Gers, projet étudié, présenté, et soutenu par MM. les Drs Dansan et Ortholan.

Tous les membres du Syndicat (au nombre de 135 environ, contre 14 non syndiqués) ayant à assurer un service public départemental quelconque, prendraient l'engagement de faire abandon de leurs émoluments entre les mains du Trésorier, qui ferait masse des sommes reçues et les diviserait en 3 parts.

1° Une part paierait la prime de la demi-com-

binaison de l'Amicale pour tous ceux que leur âge et leur santé permettraient d'admettre.

2° Une seconde part servirait à faire une retraite à ceux que l'Amicale ne pourrait recevoir.

3° Une dernière part servirait de Caisse de réserve.

Cette élégante combinaison solutionne les objections de tout à l'heure. Le principe de proportionnalité des primes est sauvegardé, puisque la somme versée à l'Amicale par le Syndicat serait le total des primes de chaque adhérent suivant son âge. Les sociétaires bien portants seuls seraient admis puisque les autres verraient remplacée par une retraite leur indemnité-maladie ; enfin, s'il est vrai que cette combinaison impose à chacun une cotisation syndicale spéciale et non fixée d'avance, puisqu'elle dépend des recettes de l'année, d'autre part, tous les syndiqués verraient par la force des choses leurs recettes personnelles varier tous les ans, tantôt en faveur des uns, tantôt en faveur des autres, selon les exigences des services ou les variations dans les nominations : ces cotisations essentiellement inégales finiraient au bout d'un certain temps par s'égaliser d'une façon pratiquement suffisante, surtout si, comme le prévoit le projet, les syndiqués non titulaires officiels d'un service se trouvaient officieusement chargés d'assurer tout ou partie du travail d'un camarade surmené, malade ou absent. C'est en somme par l'entente, la confraternité, la solidarité que se ferait l'égalité.

Pourquoi donc ce projet si beau n'est-il pas encore réalisé ?

Ah ! c'est qu'il a fallu de longs pourparlers avec l'Administration préfectorale et avec le Conseil général pour arriver à un commencement d'entente. Il faut que le Syndicat arrive à vaincre certaines résistances de confrères intéressés au statu quo, à venir à bout des intérêts particuliers financiers ou politiques ; car hélas ! il faut l'avouer, la politique a été et est encore un des gros obstacles rencontrés par nos confrères Dansan et Ortholan. Il faut obtenir le consentement de la presque unanimité des médecins du Gers, obtenir surtout l'adhésion de ceux qui, plus favorisés, ont le gros lot et la grosse part d'argent, dans le partage des différents services publics. Vous le voyez, c'est une lourde tâche qu'ont assumée nos confrères suivis de tout leur bureau ; mais ils ne se découragent pas ; ils luttent et espèrent : ils ont obtenu le vote du principe de leur projet ; ils attendent maintenant les résultats financiers de 2 ou 3 années de services publics tels qu'ils sont organisés ; ils doivent surtout faire tous leurs efforts pour améliorer l'organisation de ces services, pour les rendre plus ouverts à l'unanimité des confrères, et pour cela, ils doivent convaincre leurs conseillers généraux l'un après l'autre, et parmi ces derniers, j'ai entendu dire tout bas que les plus facilement convaincus n'étaient pas les médecins.

Vous le voyez, nous ne savons pas encore quand ce projet sera réalisé. Mais il peut et doit l'être : ce n'est qu'une affaire de temps, de bonne volonté de la part de l'Administration, d'altruisme enfin de la part de quelques confrères, pour en faire une réalité tangible.

Nous ne saurions donc trop vous recommander de suivre avec la plus grande attention ce qui se passe dans le Gers et d'en parler dans tous vos Syndicats afin d'attirer l'attention de leurs bureaux sur cette ingénieuse façon de répartir et d'utiliser les services publics. Car supposons que la moitié seulement des Syndicats affiliés à l'Union imitent, sous une forme ou sous une autre, cette organisation, supposez qu'aux services de vaccination, enfants assistés et nourrissons, on ajoute celui de l'Assistance médicale gratuite, supposez que tous nos confrères syndiqués fassent volontairement don à leur Syndicat des honoraires ainsi touchés, honoraires en somme peu élevés, honoraires qu'ils doivent après tout à leurs syndicats (car avant ces derniers, à combien s'élevait le revenu de ces divers services ?) : voyez quelle force, quelle puissance nous donnerions à toutes nos œuvres de prévoyance, d'assistance et de défense professionnelle, quel beau groupement d'adhérents viendrait en particulier tout d'un coup grossir nos rangs, notre cohésion, notre caisse et notre réserve ! Voyez-vous quelle richesse en perspective !

Quoi que nous réserve l'avenir, constatons pour le présent que c'est encore à l'Amicale qu'a pensé M. le Dr Ortholan avec tout son Syndicat. Félicitons-le chaudement à nouveau d'avoir compris la nécessité de ne pas émietter nos efforts, d'avoir voulu faire de la cohésion en faisant de la belle et bonne prévoyance, d'avoir su, enfin, qu'en matière de prévoyance comme en matière de défense professionnelle, le seul vrai mot d'ordre sera toujours l'« Union ! ».

Avant de terminer ce trop long rapport, je voudrais, chers confrères, remercier en votre nom à tous comme au nom du Conseil, les nombreux correspondants qui, cette année, ont rivalisé de zèle, d'ardeur et de services. Je n'aurais voulu citer personne : la liste est trop longue de ceux qui ont droit à votre reconnaissance ; je ne puis pourtant pas laisser passer le nom du docteur Boudin d'Oyonnax qui a sans contredit droit au prix d'Honneur. Mais j'insisterai tout particulièrement sur l'initiative d'un confrère des Côtes-du-Nord, que je ne connais pas, mais qui pourrait bien être un secrétaire d'une Société locale de la région de Saint-Brieuc, et qui a eu une idée si heureuse que je ne saurais trop la recommander à tous les bureaux des Sociétés locales et des Syndicats.

Ce confrère a fait imprimer et distribuer des petits papiers verts du modèle ci-joint :

M. le Docteur.
demeurant à
département de

Prie M. le Dr Mignon, Villa des Pages, au Vésinet (S.-et-O.) de lui envoyer les statuts et tous renseignements concernant l'Association Amicale des Médecins français pour l'indemnité maladie.

Signature.

C'est simple, pratique : il n'y a qu'à remplir 4 mots, et à m'envoyer le bulletin auquel je réponds par retour du courrier.

Telle est la bonne surprise que j'ai reçue l'autre jour et que j'ai communiquée à votre conseil. Nous approuvons hautement l'initiative, nous remercions chaleureusement l'auteur, et nous vous convions à battre un triple ban en son honneur, en souhaitant qu'il ait de nombreux imitateurs un peu partout au sein des bureaux de toutes les sociétés professionnelles.

Laissez-moi, mes chers confrères, pour terminer, adresser un souvenir ému à la mémoire des camarades que la mort nous a enlevés cette année, trop tôt ravis, hélas ! à notre confraternelle affection et à la tendresse de leurs familles.

Si quelque chose peut adoucir l'amertume de ne plus les compter parmi nous, c'est bien le souvenir des services que nous avons pu leur rendre et pour ne citer qu'un seul cas, l'un d'eux, avant de mourir, fut pendant 13 années secouru par notre Caisse. Pour une somme totale de 1113 fr. de primes, nous lui avons donné 14,036 fr.65. Je crois inutile d'insister ; de tels chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes ; et je n'hésite pas

à dire, chers confrères, qu'une Association qui peut faire cela rend à ses membres un réel service et qu'elle a bien mérité la reconnaissance et l'affection de tous ses adhérents.

H. MIGNON.

Post-scriptum. — A la dernière heure, nous apprenons le nom de l'auteur du bulletin vert dont il est parlé dans le rapport ci-dessus ; et comme il faut rendre à César ce qui appartient à César, nos approbations, nos remerciements notre reconnaissance doivent aller à M. le docteur Darras, secrétaire du Conseil général de l'Association générale des Médecins de France.

C'est lui qui a eu l'heureuse idée de publier et de répandre à profusion une plaquette où, en quelques pages, il adresse à tous les médecins français les renseignements les plus précis et les plus clairs sur ce que l'Association Générale a pris à tâche de réaliser, à savoir : la Protection professionnelle, l'Indemnité en cas de maladie, la Retraite pour la Vieillesse, l'Asile aux Veuves et aux Orphelins, en se servant du Concours de l'Amicale et de la Caisse des Pensions.

C'est dans cette plaquette que se trouve notre fameux bulletin vert auquel sont joints deux autres bulletins d'adhésion à une Société locale et à la Caisse des Pensions.

C'est donc, en réalité, l'Association Générale que nous devons remercier de cet acte de propagande pratique. C'est à M. le Dr Darras, auteur de l'Opuscule que doit aller toute notre reconnaissance et s'il m'est permis un vœu, peut être déjà en voie de réalisation, c'est de souhaiter que cette plaquette soit tirée à 20.000 exemplaires et adressée a tous les Médecins Français.

A. MIGNON.

Le Conseil s'occupe ensuite des détails de l'Assemblée générale.

Il la fixe à 2 heures de l'après-midi du dimanche 17 novembre, dans les Salons Marguery.

L'ordre du jour comportera :

Allocution du président.

Compte-rendu du trésorier.

Rapports des contrôleurs. Approbation des comptes.

Election d'un contrôleur.

Discussion du rapport du Secrétaire-général et de trois propositions du Conseil qui s'y rapportent, savoir : 1° limite du délai de faveur pour l'admission à la combinaison C. après cinquante ans (30 juin 1908) ; 2° admission dans les Sociétés locales de quelques membres qui appartenaient seulement à l'Amicale avant 1903 : 3° Création de la combinaison D.

Questions diverses parvenues au Conseil avant le 10 novembre.

Le soir, à 7 heures et demie, banquet commun avec les membres du Concours et ses autres filiales. Cotisation de 10 fr. payable à l'entrée de la salle.

Un travail du Professeur Lande sur l'Amicale

Notre excellent confrère, M. le Professeur Lande, de Bordeaux, qui s'est toujours, depuis la fondation du Concours, occupé des questions de prévoyance, nous adresse une étude sur le fonctionnement de l'Amicale et les améliorations qu'il serait possible d'y introduire à un moment donné.

Evidemment, ce travail ouvre des horizons nouveaux et, à notre tour, nous dirigerons nos études en ce sens. Les modifications que signale M. Lande ne peuvent être accomplies du jour au lendemain, et, lui-même le déclare, il faut que les observations portent sur un temps plus long. Nous reprendrons donc, à quelque jour, ce travail en commençant aux origines même de l'Amicale, de manière à avoir des chiffres d'une exactitude absolue.

Personnellement, lorsque j'ai fourni à M. Lande les documents qu'il me réclamait, je ne savais quel usage il devait en faire et j'ai pu involontairement l'induire en erreur. Lorsque, par exemple, je lui ai donné, pour 1904, le nombre des malades et les journées de maladie, je lui ai fourni les chiffres bruts ; or, de ces malades certains avaient déjà des mois, des années même de chronicité, il en est de même pour les années suivantes. Je crois donc que les résultats auxquels M. Lande est arrivé sont au-dessus de la vérité.

Et cela renforcerait sa thèse puisque les charges qu'il prévoit seraient plutôt moindres.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons, en publiant le travail de M. Lande, que le remercier de son heureuse initiative qui sans doute portera ses fruits.

A. GASSOT.

Quelques considérations sur le fonctionnement de l'« Amicale ».

Que des médecins victimes de l'organisation des Sociétés de Secours Mutuels, c'est-à-dire des Sociétés d'assurances contre la maladie, en réalité Sociétés d'assurances contre le médecin, aient eu l'idée de constituer à leur profit une association du même genre, rien de plus naturel !

A la vérité, le mouvement d'adhésion à l'« Association Amicale des Médecins Français » va lentement, mais il progresse d'une façon régulière.

Fondée en 1894 avec 167 adhérents, l'Amicale en a compté.

En 1895, 287 ; en 1896, 371 ; en 1897, 454 ; en 1898, 514 ; en 1899, 588 ; 1900, 664 ; en 1901, 754 ; en 1902, 849 ; en 1903, 943 ; en 1904, 1025 ; en 1905, 1109 ; en 1906, 1179.

Cependant l'organisation de l'Amicale est beaucoup plus généreuse que celle des Sociétés similaires, je l'ai dit bien souvent dans des conversations ou des conférences, parfois au grand scandale de certains apôtres de la Mutualité.

La plupart des Sociétés de Secours Mutuels n'accordent des indemnités-maladies à leurs membres participants que pendant un temps fort limité, deux mois en général. Quelques-unes, passé ce délai, allouent à leurs sociétaires encore malades un subside supplémentaire dérisoire, elles ne viennent donc réellement en aide à leurs adhérents que dans les cas de maladie aiguë de courte durée.

Si la maladie se prolonge au-delà de deux mois, le Sociétaire se trouve privé de secours au moment où il en aurait le plus urgent besoin. Le plus souvent, en effet, pendant la première période de la maladie, non seulement les subsides versés par la Société, mais encore les petites réserves de la famille sont absorbées par les dépenses extraordinaires nécessitées par la maladie.

Les fondateurs de l'Amicale ont, dès l'origine, jugé indispensable non seulement de donner aux Sociétaires malades un secours très important pendant la période d'acuité de la maladie, mais encore de leur attribuer, pendant la convalescence et même la chronicité, une allocation qui, peut-être relativement peu élevée, n'en constitue pas moins un allègement appréciable des frais obligatoires.

Je rappelle ici, pour ceux des lecteurs du *Concours médical* qui perdent de vue les indications si souvent répétées dans le journal au sujet de nos œuvres de prévoyance que l' « Association Amicale » garantit à ses adhérents, en cas de maladie, dix francs par jour pendant deux mois et cent francs par mois à partir

du troisième mois, quelle que soit la durée de la maladie, fût-elle indéfinie.

Depuis 1904, une combinaison nouvelle, résultant d'une entente avec la Caisse des retraites du Corps Médical Français, complète cette généreuse organisation : moyennant une cotisation variant avec l'âge d'entrée et payable jusqu'à 65 ans, « l'Amicale » garantit à ses adhérents les avantages énumérés ci-dessus et leur assure au-delà de 65 ans une véritable retraite annuelle de 1.200 francs.

Un incident professionnel, a, au cours de ces vacances, ramené mon attention sur notre Œuvre d'« Assistance maladie ».

Mais avant d'entrer dans le détail des considérations que m'a suggérées l'étude de nos bilans successifs, je dois adresser des remerciements à notre excellent confrère, mon ami le docteur Gassot, dont je n'ai pas besoin de faire ici un nouvel éloge. Tout le monde sait au *Concours Médical* avec quel soin méticuleux il surveille toutes nos Œuvres professionnelles et en particulier l'« Amicale », dont il est la cheville ouvrière. C'est lui qui m'a fourni tous les renseignements que j'ai utilisés pour ce court travail.

J'ai rappelé plus haut le chiffre des participants de l' « Association Amicale » depuis sa fondation. Je m'occuperai spécialement des résultats obtenus depuis 1904, c'est-à-dire pendant son fonctionnement complet.

J'indique tout d'abord que la proportion de malades a été pour chaque année la suivante :

1904........... 1025 adhérents . . . 172 malades
1905........... 1109 adhérents..... 195 malades
1906........... 1179 adhérents..... 186 malades
soit une proportion de 16,79 % en 1904
17,59 % en 1905
15,78 % en 1906

Et une proportion globale de 16,67 % pour la période triennale.

Le nombre total des journées de maladie a été :

En 1904, 10674 journées, sur 1025 adhérents soit 10,42 par adhérent ;

En 1905, 11.031 journées sur 1109 adhérents, soit 9,94 par adhérent.

En 1906, 12,555 journées sur 1179 adhérents soit 10,65 par adhérent ;

et pour la période triennale 34.260 journées pour 3,313 adhérents, soit une moyenne de 10,32 par an et par adhérent ;

A ne considérer que les journées de maladie comprises dans les deux premiers mois et donnant droit à l'indemnité quotidienne de 10 fr., le chiffre de la morbidité est beaucoup moins élevé.

C'est ainsi que le Trésorier de l' « Amicale » a payé à raison de 10 fr. par jour.

En 1904, 4460 journées de maladie pour 1025 adhérents.

En 1905, 4894 journées de maladie pour 1109 adhérents.

En 1906, 4419 journées de maladie pour 1179 adhérents ;

soit pour la période de 3 ans, 13773 journées pour 3313 adhérents.

Ce qui donne :

En 1904, 4,36 journées de maladie par sociétaire,
En 1905, 4,41 journées de maladie par sociétaire,
En 1906, 3,75 journées de maladie par sociétaire ;
et pour la période triennale, 4,16.

Ces chiffres ne concordent pas avec ceux résultant des statistiques de l'ensemble des Sociétés de Secours mutuels, statistiques qui donnent pour la morbidité générale (en ne considérant que les maladies d'une durée de moins de deux ans) un chiffre de 6 journées de maladie par Sociétaire et par an. Cette différence tient beaucoup à ce que bon nombre de nos confrères n'ont pas fait valoir leurs droits quand ils n'ont été atteints que de légères indispositions entraînant une incapacité de travail de peu de durée, et aussi à ce que la clientèle essentiellement égoïste ne laisse pas au praticien le loisir de s'attarder dans les béatitudes de la convalescence.

Il est intéressant d'établir une comparaison entre le nombre des maladies d'une durée de deux mois au plus et celui des maladies d'une durée supérieure à deux mois.

Cette comparaison figure dans le tableau suivant :

	Nombre total	Mal. d'une durée de 2 mois au plus	Maladies de plus de 2 mois
1904..	172	125	47
1905..	195	147	48
1906..	186	138	48

Les maladies d'une durée de plus de deux mois se décomposent de la façon suivante :

Mal. d'une durée	1904	1905	1906	Total
de 61 à 90 jours	14	18	10	42
de 91 à 120 »	8	5	6	19
de 121 à 150 »	9	7	3	19
de 151 à 180 »	4	3	6	13
de 181 à 210 »	1	2	4	7
de 211 à 240 »	1	1	1	3
de 241 à 270 »	0	1	2	3
de 271 à 300 »	2	1	3	6
de 301 à 330 »	0	2	1	3
de 331 à 365 »	0	1	2	3
de 365 jours	10	7	10	27

Ce tableau démontre tout d'abord le principe que j'ai indiqué plus haut que la période de deux mois impartie comme durée habituelle de la maladie aiguë est trop restreinte. Le troisième mois se présente avec un nombre de malades encore considérable et le second trimestre mériterait une attention spéciale.

A l'autre extrémité de la statistique, le nombre des chroniques, c'est-à-dire des malades qui, après avoir été atteints, au cours de l'année ou des années précédentes, demeurent impotents pour tout le courant de l'exercice suivant ; ce nombre, dis-je, est considérable. Il s'élève en effet à 27 pour 145 soit plus de 18,50 pour 100 du chiffre des malades demeurés invalides pendant plus de deux mois.

Mais il ne suffit pas de signaler les résultats mathématiques de cette étude, il faut en déduire les conséquences utiles au développement de notre Association.

L'objection principale faite à l' «Amicale » est celle que j'ai rappelée ci-dessus et que j'ai moi-même bien souvent soulevée, je le répète, contre la plupart des Sociétés de Secours Mutuels : la durée de la période donnant droit à l'indemnité maladie de dix francs est trop brève. Il faudrait que cette indemnité fût servie pendant toute la durée de la maladie aiguë.

Mais ici se pose une question difficile à résoudre en dehors de chaque cas particulier ; à quel moment commence la chronicité ?

On peut du moins obtenir un résultat favorable, en prolongeant la période d'indemnité jusqu'à la fin du 3e au 4e ou 5e ou même du 6e mois de la période d'indemnité.

Mais il faut se demander tout d'abord quelle serait l'importance des charges qu'assumerait ainsi la caisse de la Société. En l'état actuel, l'Association Amicale des Médecins Français a versé à ses adhérents des sommes très importantes.

En 1904................	65.204,30 francs
En 1905................	69.520,75 francs
En 1906................	70.542,65 francs
Total	205.267,70 francs

Quel supplément de dépense aurait entraîné le service de l'indemnité quotidienne de 10 fr. au lieu de

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

—

d'huiles tombe dans le canal longeant la fabrique pendant son travail ; personne ne le voit, on retrouve le corps, on m'appelle.

J'ai établi le certificat de décès pour la mairie et pour la gendarmerie (constatant qu'il n'y a pas de trace de violence), mais j'ai donné les deux certificats de déclaration d'accident (mairie et assurance) : « *Chute accidentelle dans l'eau ; asphyxie par immersion.* »

En somme, je crois que tout s'arrête là, où y a-t-il autre chose à faire ?

Comment établir la note pour ce certificat d'accident ayant déterminé la mort et la visite ?

Réponse. — Il y a dans la question que vous nous posez deux éléments ;

1° L'accident du travail : Vous avez droit à une visite plus la valeur de votre certificat initial, 1 fr. 50 + 2 fr. = 3 fr. 50.

2° La constatation médico-légale : qui vous donne droit à une vacation de 5 fr., et que vous présenterez à la mairie.

Dr J. à A., à *Concours.* — Je me permets de vous demander à nouveau des renseignements sur un cas litigieux de ces jours derniers. Je vous remercie de ceux que vous m'avez donnés, il y a un mois environ, au sujet d'un cas de hernie dans le travail ; il s'agit aujourd'hui d'un nouveau cas de hernie chez une jeune fille de 22 ans, employée comme bonne à tout faire dans un hôtel-restaurant d'A. Appelé la première fois, le dimanche 13 octobre, à la visiter, j'ai constaté une hernie droite dont la jeune fille en question ne connaît pas la date d'apparition. Après l'avoir interrogée, elle ne se rappelle pas en effet avoir fait un effort ayant occasionné cette hernie. Quelques jours après, elle se ravise et me dit qu'un jour, en soulevant un panier de linge, elle avait senti une douleur dans l'aine droite, mais elle ne peut rien affirmer de très précis.

A supposer que le patron soit responsable (et l'hôtelier est-il responsable d'après la loi, de ses domestiques ? j'ai cru jusqu'à maintenant qu'il ne l'était pas), ne faut-il pas que la jeune fille prouve péremptoirement que l'accident lui est arrivé au cours du travail ?

Enfin, je me demande si les bonnes d'enfant ou bonnes à tout faire dans une maison bourgeoise bénéficient de la loi, au point de vue accidents dans le travail. Je viens d'abonner la mienne dans ces conditions, était-ce bien nécessaire ?

Suite page XII.

l'indemnité de 3,333 fr. aux sociétaires dont la maladie a persisté jusqu'au 4e, 5e ou 6e mois ?

Avant que le chiffre des adhérents soit plus considérable, j'ai jugé utile de faire ce calcul qui pourra servir de base à un calcul analogue établi année par année. Le bureau de l' « Amicale » constituera ainsi une sorte de barême destiné à justifier les modifications de nos Statuts et l'extension du service de l'indemnité maladie totale si, grâce à la sagesse des prévisions de ceux qui ont établi nos tables de cotisations et, malgré notre générosité un peu audacieuse, la Société arrive à constituer peu à peu des réserves importantes.

En parlant de générosité, je fais allusion aux maladies chroniques au nombre de 10 en 1904, 7 en 1905, 10 en 1906, en moyenne 9 pendant la période triennale envisagée qui ont grevé à eux seuls nos budgets annuels d'une dépense moyenne de 9 × 1200 = 10.800 francs, soit 15,75 % de nos dépenses totales.

Etablissons maintenant quelle a été la durée de chacune des maladies ayant dépassé la limite statutaire de deux mois. Ces maladies sont relevées et leur durée indiquée dans les tableaux suivants :

Année 1904

Journées de maladies ayant duré de

	61 à 90	91 à 120	121 à 150	151 à 180	181 à 210	211 à 240	241 à 270	271 à 300	301 à 330	331 à 364	365 jours
	64	97	124	164	184	213		296			365
	64	122	140	174				289			365
	80	105	127	156							365
	72	95	149	174							365
	68	103	127								365
	64	96	124								365
	80	112	126								365
	72	92	129								365
	75		145								365
	61										
	78										
	66										
	61										
	68										
Total pour	973	812	1191	668	184	213		585			3650 Journ.
49	14	8	9	4	1	1		2			10 Malades

Année 1905

Maladies ayant duré de

	61 à 90	91 à 120	121 à 150	151 à 180	181 à 210	211 à 240	241 à 270	271 à 300	301 à 330	331 à 364	365 jours
	80	94	150	174	198	225	270	287	318	347	365
	73	98	137	169	192				324		365
	90	103	139	162							365
	75	113	141								365
	64	117	123								365
	74		134								365
	69		133								365
	66										
	73										
	65										
	68										
	84										
	78										
	73										
	70										
	88										
	64										
	68										
Total pour	1322	525	957	505	390	225	270	287	642	347	2555 Journ.
48	18	5	7	5	2	1	1	1	2	1	7 Malades

Année 1906

Maladies ayant durée de

	61 à 90	91 à 120	121 à 150	151 à 180	181 à 210	211 à 240	241 à 270	271 à 300	301 à 330	331 à 364	365 jours
	62	91	123	180	183	229	270	274	308	348	365
	64	116	142	158	199		243	293		552	365
	62	108	121	157	192			275			365
	88	119		153	183						365
	72	118		166							365
	88	109		166							365
	87										365
	70										365
	68										365
	73										365
Total pour	734	661	386	980	757	229	513	842	308	700	3650 Journ.
48	10	6	3	6	4	1	2	3	1	2	10 Malades

Ces tableaux permettent de calculer facilement quelle serait la contribution complémentaire de la caisse si l'on accordait l'indemnité journalière de dix francs par jour, non plus pendant les deux premiers mois de maladie, mais bien pendant trois, quatre, cinq et six mois.

Prenons le cas de l'année 1904 : Nous voyons que sur un chiffre total de 172 malades, 123 ont été atteints de maladies d'une durée de moins de deux mois et 49 ont eu des maladies dont la durée a dépassé deux mois.

Sur ces 49 malades, 14 sont arrivés à guérison pendant la durée du troisième mois. Il y a donc eu 47—14, soit 33 malades qui auraient reçu pendant ce troisième mois une indemnité de 300 francs, au lieu de la pension de chronicité de 100 francs qu'ils ont touchée, ce qui représenterait un subside supplémentaire de 33 × 200, soit 6600 francs.

De plus, les 14 malades arrivés à guérison pendant la durée du troisième mois ayant fourni 973—840 = 133 journées de maladie, auraient touché non pas 3 fr. 333, mais bien 10 fr. pour chacune de ces journées, soit une augmentation de 133 × 6,666 = 866,66, ce qui donne au total un supplément d'indemnité de 6,600 + 866,66 = 7486,66.

En faisant le même calcul pour les années suivantes on trouve :

En 1905, 30 malades dont la maladie a eu une durée de plus de 3 mois, et 18 malades dont la maladie a pris fin au cours du troisième mois, en fournissant 242 journées pendant la durée de ce troisième mois.

Ce qui donne, d'une part une indemnité supplémentaire de 30 × 200 = 6.000 francs pour les chroniques et de 242 × 6,66 = 1613,33 pour les sociétaires atteints de maladies aiguës. Au total une augmentation de dépense de 7613 fr. 33.

En 1906, 38 malades dont la maladie a eu une durée de plus de 3 mois, et 10 malades qui ont guéri pendant le troisième mois en fournissant 134 journées de maladie, ce qui correspond à une dépense supplémentaire de 38 × 200 = 7600 fr. pour les chroniques et de 134 × 6,66 = 893,33 pour les maladies aiguës. Au total une augmentation de dépense de 8.493 fr. 33.

Pour les trois années, on arrive à une somme totale de 7486,66 + 7613,33 + 8943,33 = 23,593,32.

Les dépenses totales de l'Association Amicale ayant été pendant ces trois années de 205,267,70, cet excédent correspond à une majoration proportionnelle de dépense de 11,65 % sur ses dépenses totales.

En continuant de la même façon pour les trois autres mois et sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans le détail des chiffres, on arriverait à une dépense supplémentaire, pour le quatrième mois.

1904	6013 fr. 33
1905	5499 fr. 99
1906	7106 fr. 66
soit au total pour la période triennale	18619 fr. 98

d'où une augmentation de 9,08 %

Après cinq mois on obtiendrait:

1904	6139 fr. 99
1905	4379 fr. 99
1906	5973 fr. 33
soit au total	16493 fr. 31

D'où une augmentation de 8,04 %.

Et enfin, si l'on prolongeait le service de l'indemnité totale de 10 francs par jour jusqu'au sixième mois inclus, on aurait pour ce sixième mois une augmentation de :

1904	2826 fr. 66
1905	3399 fr. 99
1906	5133 fr. 33
d'où une augmentation globale de	11359 fr. 98

et une augmentation proportionnelle de 5,54 %

On peut objecter que ces chiffres sont établis sur une période de peu de durée, mais la concordance des résultats obtenus pendant les trois premières années de fonctionnement complet de l'« Amicale » donne déjà à penser que ces chiffres ne s'éloignent pas beaucoup de la moyenne qui résultera d'une plus longue expérience.

Il sera facile après chaque exercice de rapprocher de ce premier résultat ceux qui seront obtenus chaque année. Nous obtiendrons ainsi, dans un milieu particulièrement choisi et où les nécessités professionnelles empêchent les malades de prolonger indûment la durée de la maladie, des chiffres qui permettront de préciser la morbidité au-delà des limites que la plupart des Sociétés de secours mutuels imposent à leurs sacrifices.

Ces chiffres permettront en outre de calculer d'une façon à peu près rigoureuse les cotisations que devront réclamer les Sociétés de Secours Mutuels qui voudont étendre l'assurance contre la maladie au-delà de la limite habituelle de deux mois. Ils permettront aussi aux fondateurs et aux bureaux de ces Sociétés de présenter des arguments irréfutables à ceux de leurs Sociétaires qui se plaindront de ne pas recevoir des subsides proportionnés à leurs besoins.

Il sera facile de leur démontrer que, pour obtenir ces subsides, il est nécessaire de faire des sacrifices correspondants, en élevant le taux de la cotisation.

Combien nous pourrons particulièrement le dire aux Membres de notre grande Association qui, si souvent, se plaignent du petit nombre des pensions viagères servies et de leur taux peu élevé, disent-ils, sans songer que la cotisation de l'Association Générale des Médecins de France est réduite à la modique somme de 12 francs par an.

Dr LANDE.

LA SEMAINE MEDICALE

Les cowpérites dans l'uréthrite chronique.

Nombre d'uréthrites chroniques blennorrhagiques inguérissables ont leur source d'alimentation dans une cowpérite chronique qui passe inaperçue et qu'il faut rechercher. M. le Dr J. HAAS a, dans une thèse très documentée, analysée par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, étudié cette complication et ses conséquences pour la blennorrhagie uréthrale.

« On sait, dit l'auteur, que les glandes de Méry et de Cowper sont des glandes muqueuses situées de chaque côté de la ligne médiane dans un espace angulaire que circonscrivent l'urèthre membraneux et le bulbe. Or leur volume est assez petit pour qu'à l'état sain on ne puisse les sentir; mais, lorsqu'on les sent et qu'elles donnent une sensation de fermeté, c'est qu'elles sont atteintes d'inflammation.

« Ce dernier point est fort important puisque c'est de là que dépend le diagnostic certain de la maladie.

« La cowpérite paraît être extrêmement fréquente, et, survenant au cours d'une urétrite blennorrhagique, elle est due soit au gonocoque, soit aux microbes secondaires qui accompagnent l'affection. Et ces glandes, qui ne guérissent pas en même temps que l'urètre, sont la cause constante de sa réinfection.

« Toutefois les signes révélateurs de cette infection de la glande de Cowper, en dehors de l'écoulement urétral, sont le plus souvent réduits à la simple *constatation de l'augmentation de volume de la glande*.

« Et pour constater cette augmentation de volume, nous avons seulement la technique décrite par M. Pasteau sous le nom de *palpation bidigitale*. Voici en quoi elle consiste : Le malade étant bien placé sur le dos et respirant librement, profondément, on introduit dans l'anus l'*index*, enduit de savon, sa *face palmaire* en haut. Dès que le doigt a pénétré et a dépassé la *région sphinctérienne*, on le fléchit en crochet, restant bien en deça de la base de la prostate et conservant la face palmaire en haut. L'index *s'accroche* en quelque sorte à la région sphinctérienne ; ainsi placé, il peut facilement déprimer la paroi rectale. Pour bien exécuter ce toucher l'avant-bras ne doit pas être relevé, mais il faut qu'il *repose* sur le plan du lit.

« A l'aide du pouce appuyé contre le périnée, on refoule peu à peu le tissu juste en dehors de la ligne médiane : il s'avance progressivement le long du bulbe aussi profondément que possible, au fond d'une sorte de gouttière formée par le bulbe en dedans, et le corps caverneux en dehors.

« L'index et le pouce étant ainsi placés, on arrive avec un peu d'habitude à sentir du côté interne une sorte de petite nodosité dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un gros pois, fixé sur la partie latérale profonde de l'urètre et qui représente la glande de Cowper augmentée de volume. Lorsque la glande est saine, on *ne la sent pas en général* ; augmentée de volume elle est perceptible et on peut la faire rouler entre les deux doigts, *index dans le rectum, pouce au périnée*. La même recherche doit être faite des deux côtés; pour cela, on pourra, pour plus de facilité, palper à droite avec la main droite, à gauche avec le pouce et l'index gauches. Ce procédé, on le voit, est simple et ne nécessite qu'un peu d'habitude.

« Il faut ensuite examiner le contenu de la glande, ce qui se fait en pratiquant l'expression de cette glande par le massage et en recueillant le liquide avec certaines précautions.

« Pour les traiter, il faut *vider* les glandes, les *désinfecter* et les empêcher de se *réinfecter*.

« Pour les vider, on emploie le massage comme il vient d'être dit par le *palper bidigital*, à l'aide de l'index dans l'anus et du pouce au périnée. Entre ces deux doigts, on saisit la glande de Cowper et on la masse, on en exprime ainsi le contenu qui se trouve projeté dans la cavité uréthrale. Les séances de massage doivent être un peu prolongées et après quelques minutes de cette expression, on sent nettement que les glandes ont diminué de volume. » On désinfectera ensuite le canal au nitrate d'argent, au protargol ou au permanganate.

Les grands lavages sans sonde dans les cystites prostatiques.

Le traitement classique des cystites prostatiques, dit M. le Dr Pierre Delbet dans un article des *Annales génito-urinaires* de Delefosse, réside tout entier dans les lavages de la vessie pratiqués au moyen de la sonde introduite à périodes fixes ou laissée à demeure dans la vessie. Cette méthode est très défectueuse et fournit des résultats fort peu brillants.

En effet, la sonde se souille dans la traversée prostatique et entraîne avec elle les produits septiques de l'urètre prostatique ; les liquides modificateurs atteignent la vessie seule et laissent en dehors de leur zone d'action la région principalement et primitivement atteinte, la région urétro-prostatique ; la sonde à demeure elle-même ne peut être qu'une épine irritative et l'on voit souvent les malades lui garder rancune, la sonde ayant mis fin à des accidents graves mais non perçus et ayant laissé subsister les envies impérieuses, les pesanteurs au périnée, inconvénients que rendait plus sensibles le relèvement de l'état général.

Un traitement logique doit donc s'adresser non seulement à la vessie, mais encore à l'urètre, et à la prostate. La méthode des instillations argentiques dépose l'agent modificateur non seulement dans la vessie, mais encore sur le col et la muqueuse prostatique. C'est dans cette pratique plus que dans la concentration du topique qu'il faut chercher la raison des heureux résultats de la méthode.

Mais, l'instillation, douloureuse et délicate, ne doit être qu'un traitement d'exception. On peut agir plus simplement et traiter à la fois urètre, prostate et vessie. Il suffit, pour obtenir

ce résultat, d'appliquer à l'urétro-prostato-cystite, le traitement de la blennorrhagie, et de la soumettre à la méthode des grands lavages de Janet, en modifiant simplement l'agent médicamenteux. De grands lavages sans sonde avec une solution de permanganate au cinq millième, de sublimé au vingt-millième, ou mieux d'oxycyanure au deux-millième, voire de sérum physiologique, donnent d'excellents résultats dans le traitement des prostatiques infectés.

L'eau du lavage sans sonde pénètre avec force, tourbillonne dans la vessie et va dénicher le résidu rétroprostatique.

Cette méthode ne saurait évidemment être conseillée aux rétentionnistes chroniques complets ; il n'est peut-être pas nutile cependant même chez eux, d'assurer l'asepsie du canal en même temps que celle de la vessie.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PETITE CHIRURGIE

Pansements secs et pansements humides.

De nombreux exemples nous ont montré qu'en pratique, il existe un certain désordre dans la prescription et dans l'application des pansements secs ou humides. Les uns se montrent partisans des pansements humides dans tous les cas ; les autres sont exclusifs pour les pansements secs ; beaucoup les considèrent comme aussi bons les uns que les autres et emploient, selon le hasard de leurs caprices, soit les pansements secs, soit les pansements humides. Il y a certainement une erreur de part et d'autre, et il importe de fixer une fois pour toutes les idées des praticiens sur cette importante question. Les fluctuations sont toujours préjudiciables au bon renom du corps médical.

I

PANSEMENTS SECS

Les pansements secs se font soit aseptiques soit antiseptiques : les premiers consistent en compresses de gaze stérilisées à l'autoclave ou en simple linge bouilli, désinfecté et maintenu au sec dans des boîtes hermétiques. Le lint, l'ouate hydrophile sèche et l'étoupe sont fréquemment employés aussi pour cet usage.

Les seconds sont réalisés par les mousselines, gazes et ouates imprégnées industriellement et pharmaceutiquement de salol, d'acide borique, de sublimé, d'acide salicylique, d'iodoforme, d'acide phénique, de formol, de peroxyde de zinc, etc. Ce sont les pansements antiseptiques.

Or, il est nécessaire, pour appliquer un pansement sec, de constater la parfaite netteté des bords de la plaie, l'étanchéité complète et l'absence de réaction inflammatoire et d'infection microbienne. Il est dangereux d'appliquer un pansement sec sur des plaies dont on ne connaît pas les origines ou qui sont accompagnées d'un certain degré de contusion.

Les plaies légèrement infectées ou contuses sont toujours suintantes et douloureuses ; les pansements secs irritent encore plus les bords de ces plaies, surtout s'ils sont antiseptiques, la cicatrisation se trouve donc entravée et la guérison retardée. Il n'est pas rare de voir ainsi des plaies, soignées en apparence avec précaution et persévérance, s'éterniser d'une façon désespérante sous des compresses de gaze soi-disant antiseptique et cicatrisante. C'est vraiment le cas de dire que « le mieux est l'ennemi du bien » puisque la suppression de la suppuration, que réalisent alors les pansements antiseptiques secs, entrave la réparation naturelle de la plaie.

Au contraire, dans les plaies opératoires, quelque larges et quelqu'étendues qu'elles soient, quand on est sûr de la réunion par première intention, le pansement sec et surtout le pansement aseptique, stérilisé, est l'idéal.

Il réalise, en effet, comme un épiderme factice, sous lequel la réparation s'opère à souhait. Donc, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'une plaie aseptique produite par un instrument chirurgical stérilisé ou suffisamment désinfectée par une saignée locale abondante et un nettoyage au sublimé ou à l'eau oxygénée à 12 volumes, chaque fois que la section cutanée sera bien nettement linéaire, on appliquera un pansement sec, aseptique de préférence, surtout à même la plaie ; par prudence, on pourra recouvrir ce premier pansement d'une couche antiseptique au salol ou au sublimé, comme filtre protecteur, et d'un imperméable avec une bande fixatrice.

A côté du pansement sec proprement dit, on peut faire figurer le pansement occlusif au collodion, qui est applicable seulement aussi dans les cas de plaie linéaire aseptique et devant se réunir par première intention. Habituellement, le collodion est réservé aux plaies de tête ou aux plaies de la face, pour lesquelles un pansement avec bandes serait trop volumineux et trop gênant. Le collodion est formellement contre-indiqué dans le cas de plaie légèrement anfractueuse et un peu douteuse comme asepsie.

II

PANSEMENTS HUMIDES

Les pansements humides sont préparés avec des compresses de linge ou de mousseline bouillies, imbibées d'une solution antiseptique ou simplement d'eau bouillie et maintenues humides par la superposition d'un taffetas gommé ou d'une gutta percha laminée. Ces pansements s'appliquent sur les plaies infectées à contours rouges, boursouflés, à bords déchiquetés et décollés et sur les plaies contuses, produites par des coups, des chocs, des écrasements.

Toutes les fois qu'il y a de la lymphangite, de l'angioleucite, des phénomènes inflammatoires, toutes les fois qu'une plaie a été produite par un instrument malpropre ou douteux, on aura recours aux pansements humides renouvelés toutes les 3 ou 4 heures.

Dans la confection de ces pansements, il faut bien formuler la solution et se défier des antiseptiques puissants : acide phénique, sublimé, biiodure de mercure, eau oxygénée.

Le plus sage, quand on ne peut surveiller plusieurs fois par jour un pansement humide, est d'employer les solutions boriquées ou oxycyanurées (oxycyanure d'hydrargyre) ou simplement l'eau bouillie. Les compresses imbibées d'eau phéniquée ou de sublimé sont parfois dangereuses entre des mains mal habiles, car elles peuvent provoquer des brûlures, des érythèmes, voire même de la gangrène. (Gangrène phéniquée.)

Association Amicale des Médecins Français
pour l'indemnité maladie.

Fondée en 1894, cette Association s'adresse à tous les médecins français ou naturalisés français, diplômés dans une Faculté française, et a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire à ses membres qui, par accident ou par maladie, sont dans l'impossibilité d'exercer leur profession d'une manière temporaire ou définitive.

L'indemnité quotidienne est de dix francs par jour, pendant soixante jours à partir du cinquième jour de la maladie, puis de cent francs par mois pendant les mois qui suivent, quelle que soit la durée. Faculté est donnée de souscrire demi-prime pour recevoir demi-indemnité.

Pour être admis dans l'Association Amicale, tout candidat doit justifier qu'il est membre d'une société locale affiliée à l'Association générale des Médecins de France, présenter un certificat médical délivré par un médecin que désigne le Conseil d'administration et payer, chaque année, une prime invariable fixée, au moment de son entrée dans l'Association, d'après son âge et d'après la combinaison qu'il a choisie. — Il n'y a pas de droit d'entrée, mais le droit à l'indemnité commence seulement six mois après l'admission.

Les combinaisons entre lesquelles les sociétaires peuvent choisir sont actuellement au nombre de deux :

La combinaison A, dans laquelle la participation cesse à 65 ans. A cet âge, le sociétaire est rayé de l'Association : il ne paie plus de prime et n'a plus droit à aucune indemnité.

La combinaison C, dans laquelle le sociétaire a droit à l'indemnité maladie comme dans la combinaison A, mais avec cette différence qu'arrivé à 65 ans, il entre en jouissance d'une pension de retraite annuelle de 1.200 francs. Il ne paie plus de cotisation et ne reçoit plus d'indemnité maladie à ce moment.

Dans cette dernière combinaison, le sociétaire peut contre assurer ses versements de telle sorte que, s'il venait à mourir avant d'avoir touché sa première annuité de pension, les sommes versées par lui en vue de la constitution de cette retraite soient restituées à ses ayants-droits.

Il existe une troisième combinaison, la combinaison B, qui ne comprend que d'anciens membres et n'en admet plus de nouveaux : la prime y était plus élevée qu'à la combinaison A, mais le droit à l'indemnité durait pendant toute la vie du sociétaire. Cette combinaison, fermée en raison des aléas qu'elle pouvait présenter, a fait place à la combinaison C.

L'inventaire général au 31 décembre 1895, fait par un actuaire, avait montré la situation très satisfaisante de l'Association.

Au 31 décembre 1906, l'Association amicale comptait 1.158 membres. Depuis sa fondation, elle avait encaissé 756.688 fr. 43 de recettes et payé 439.079 fr. 85 d'indemnités maladie ; ses réserves étaient de plus de 285.000 fr.

Au cours de l'année 1906, elle a versé 70.302 fr. 65 d'indemnités à 185 de ses membres.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS
pour la délivrance de l'indemnité maladie.

Le Docteur (noms et prénoms) ______________________

résidant à ______________________ *Département de* ______________________

né à ______________________ *Département de* ______________ *le* ______________

*prie M. le Docteur Mignon, secrétaire général de l'***Association Amicale***, de vouloir bien lui adresser tous documents concernant cette Association sur laquelle il désire être éclairé.*

A ______________________ *le* ______________________ *190* .

SIGNATURE

Détacher et envoyer ce bulletin affranchi à M. le Dr Mignon, secrétaire général de l'**Association Amicale**, Villa des Pages, au Vésinet (Seine-et-Oise).

Tant que les plaies suppurent et restent enflammées, les pansement humides doivent être continués, au moins deux fois par jour, et maintenus humides par un tissu imperméable, taffetas gommé ou gutta laminée.

Il est tout à fait nuisible de saupoudrer les plaies de poudres antiseptiques comme l'iodoforme, le salol, l'iodol, etc., quand les plaies sont infectées ou même seulement enflammées ; ces poussières cristallines s'incrustent dans les bords anfractueux, les irritent et éternisent souvent la durée des plaies. On ne peut, en effet, débarrasser, chaque fois que l'on fait un pansement, les plaies des poudres qui y sont accumulées et ces dernières forment, avec les débris purulents, des plaques crustacées qui empêchent la cicatrisation.

Un excellent procédé de pansement humide, qui a le mérite d'être peu coûteux, consiste comme le conseillait déjà Lucas-Championnière il y a plus de 20 ans, dans l'emploi de la charpie bouillie et bien imbibée d'eau boriquée ou de solution oxycyanurée. Quoique peu aseptique par elle-même, la charpie est facilement stérilisée par l'ébullition prolongée, avec ou sans autoclave, pendant une heure 1/2 ou deux heures. On conserve cette charpie dans un bocal hermétique et au moment de s'en servir, on la réimbibe de solution antiseptique faible, de préférence tiède et on l'applique en gâteaux épais avec un bon imperméable par dessus. Pour les grands pansements de phlegmons ou de volumineux abcès, pour les plaies avec contusions ou écrasements, la charpie stérilisée humide est excellente ; elle forme une atmosphère humide tiède autour de la plaie et réalise les avantages sédatifs des anciens cataplasmes, sans en avoir les graves inconvénients ; les blessés s'en trouvent nettement soulagés. Comme tous les pansements humides s'appliquent aux plaies qui ne se réunissent que secondairement, par suppuration ou bourgeonnement, on doit les continuer avec persévérance et surveillance jusqu'à ce que la cicatrisation s'affirme nettement. Dès que les bourgeons charnus sont abondants, on les réduit par le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc au 10e et on peut abandonner les pansements humides. On les remplace alors par le lint ou la gaze souple sèche tartinée de vaseline boriquée ou bien encore par les bandelettes imbriquées de sparadrap cicatrisant (Vigo, Vidal, etc).

Mais, il faut à tout prix s'abstenir de flottement entre les pansements secs, et les pansements humides comme on le voit faire assez souvent.

Si l'on pouvait schématiser, pour ainsi dire, les pansements et leurs indications, on formulerait ce qui suit :

Pansements secs, pour les plaies opératoires aseptiques et pour les plaies accidentelles sans contusions et sans infection.

Pansements humides, pour toutes les plaies contuses, malpropres, douteuses et surtout pour toutes les plaies infectées, suppurées, entourées d'angioleucite.

Ajoutons que la chaleur jointe à l'humidité produit les meilleurs effets sédatifs sur tous les phénomènes inflammatoires et que, par conséquent, les meilleurs pansements humides doivent être chauds pour obtenir le maximum de résultats favorables (température 40° à 48°).

Rappelons, également, les bienfaits des pansements à l'éther dans les plaies très infectées et très virulentes ; nous avons donné la description de ces pansements au n° 29 du *Concours médical* page 511.

Quant à l'emploi de l'eau oxygénée en pansements, il nous paraît devoir être rejeté ; excellente en lavages et en attouchements locaux à la surface des plaies légèrement infectées, sanieuses et sanguinolentes, l'eau oxygénée, étant éminemment altérable, ne saurait être employée en compresses comme pansements, surtout comme pansements prolongés ; elle est souvent acide et irritante pour les plaies ; mieux vaut assurément l'eau boriquée, l'eau oxycyanurée ou même la solution de sublimé au 1/2 millième.

Dr Paul Huguenin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Ophtalmo-diagnostic de la tuberculose infantile.

De nouvelles recherches sur l'oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants, M. Comby conclut :

« L'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose, grâce au procédé ingénieux de M. Calmette, est appelé à rendre les plus grands services en clinique infantile.

En employant la solution de tuberculine à 1/200, on a des réactions positives très nettes, sans exagération dans la congestion ou l'inflammation oculaire. Le procédé devient ainsi absolument inoffensif sans rien perdre de son efficacité.

Cette nouvelle méthode de diagnostic, applicable à tous les âges et à tous les cas, se recommande aux praticiens pour les besoins de la médecine journalière. Son emploi ne rencontre aucune contre-indication ; elle est applicable aux fébricitants comme aux non-fébricitants ; elle exige seulement l'intégrité préalable des yeux ; une blépharite ou blépharo-conjonctivite, une kératite, feraient ajourner l'oculo-réaction.

Traitement de l'arthropathie blennorrhagique du genou.

M. Queyrat préconise le traitement suivant de l'arthropathie blennorrhagique du genou :

Faire d'abord une ponction *précoce*. Cette ponction se pratiquera à la face externe de l'articulation, à deux travers de doigt environ au-dessous de la rotule. Il est important que la *ponction soit* faite de bonne heure, car au bout de quelque temps le liquide disparaît de la jointure et celle-ci est remplie par un magma fibrineux, qui explique les adhérences et l'ankylose.

On emploie pour cette intervention une grosse aiguille (8 millimètres) et l'on retire une quantité de liquide variable (60, 80, 120 cent. cubes).

Certains chirurgiens considèrent la ponction articulaire comme dangereuse et s'adressent à l'arthrotomie. Depuis plus de vingt ans, M. Queyrat traite l'arthropathie blennorrhagique du genou par la ponction. Procédant avec asepsie, il n'a jamais eu, sur plus de 200 cas, aucun accident, ni incident.

La ponction terminée, on fait sur le genou une application de pointes de feu (de 200 à 400) et l'on termine cette première partie du traitement par une compression méthodique.

Le second terme de la cure consiste dans une mobilisation, également *précoce*, que l'on commence dès le quatrième jour qui suit la ponction. A l'aide d'un dispositif simple, on fait soulever au malade des poids variant de 1 à 30 kilogrammes. Cet exercice a le triple avantage de mobiliser la jointure, de combattre l'atrophie et, enfin, par la traction qu'exerce le quadriceps sur la rotule, de hâter la résorption du reliquat de l'épanchement articulaire et d'empêcher la reproduction du liquide,

Les résultats de ce traitement sont, dit l'auteur,

tout à fait remarquables. Le blennorrhagique atteint d'arthropathie du genou, ainsi traité, peut marcher facilement au bout de trois semaines, sans ankylose, ni raideurs articulaires bien appréciables.

Dysentérie amibienne chronique.

M. Rist présente l'observation d'un malade qui contracta, il y a deux ans, en Indo-Chine, la dysenterie. Il eut un abcès du foie. Soigné pour cette affection, il revint en France dernièrement, se croyant guéri. Or, malgré son état de parfaite santé apparente, il a encore dans la journée 4 à 5 selles pâteuses mêlées parfois d'un peu de mucus sanguinolent dans lequel on trouve, à l'examen microscopique, des amibes vivantes en grande quantité. La rectoscopie montre d'ailleurs une muqueuse rectale ulcérée, bourgeonnante et sanguinolente.

Les cas de ce genre ne doivent pas être rares et il est bon de ne pas les ignorer. Ces malades, d'une part, sont exposés sans s'en douter, aux complications de la dysentérie, et ils peuvent, d'autre part, contagionner des sujets sains, déterminer l'éclosion de dysentérie amibienne autochtone.

Un nouvel appareil de sphygmomanométrie : le sphygmo-signal.

La tension artérielle est une donnée clinique importante à établir; malheureusement, les appareils destinés à la mesurer ne sont pas toujours simples et rigoureux. Ces appareils de sphygmomanométrie se divisent en deux groupes : les *sphygmomanomètres* proprement dits, propres à mesurer la tension artérielle, et le *tonomètre*, qui renseigne sur la tension artério-capillaire.

Les sphygmomanomètres proprement dits sont au nombre de deux. Le premier, le plus ancien, celui de Basch modifié par Potain, mesure la pression radiale. Son maniement est très délicat et son application difficile : il ne donne de bons résultats qu'entre les mains d'un opératenr qui sait se placer toujours dans les mêmes conditions.

Le deuxième appareil (celui de Riva-Rocci), construit sur un principe tout différent, agit également sur la pulsation radiale, mais à distance : il éteint la pulsation radiale par une compression progressive de l'humérale à la partie moyenne du bras, compression exercée par un brassard circulaire.

Des modifications à cet appareil ont été apportées déjà par Hill et Barnard. M. Vaquez vient de l'améliorer à son tour et il présente à la Société médicale, sous le nom de *sphygmo-signal*, un appareil Riva-Rocci perfectionné.

Hydrargyrisme mortel, après absorption d'une dose infime de mercure.

M. J. Thiroloix communique une observation d'hydrargyrisme aigu mortel, intéressante au point de vue pathologique et au point de vue de la responsabilité médicale.

Il s'agit d'un malade qui succomba à des accidents d'intoxication mercurielle après une injection intra-vésicale d'une solution faible d'oxycyanure de mercure. Le malade était atteint de blennorrhagie et, pour assurer l'antisepsie de petites manœuvres intra-uréthrales, un confrère — spécialiste pour les voies urinaires — introduisit dans la vessie 100 grammes environ d'une solution à 1/4000 d'oxycyanure de mercure. La majeure partie du médicament fut, d'ailleurs, expulsée et la quantité restante dut être extrêmement minime. Malgré cela, des accidents locaux d'irritation et des accidents généraux d'intoxication se déclarèrent aussitôt, pour aboutir à une terminaison fatale.

C'est là un exemple d'idiosyncrasie vis-à-vis des préparations mercurielles. De tels faits sont intéressants à connaître parce que tout médecin, confiant dans les données classiques applicables à l'immense majorité des sujets, est exposé, rencontrant un organisme aussi sensible au poison, non seulement à provoquer de semblables désastres, mais encore à se les voir imputer comme faute lourde engageant sa responsabilité professionnelle.

Le prurit tabétique

M. Milian signale une variété particulière de prurit non décrite jusqu'à ce jour : le *prurit tabétique*.

Ce prurit se voit surtout au début de l'affection médullaire, dans les tabes frustes ; il est à la fois tenace et pénible.

Il siège de préférence à l'anus, à la région préstomacale, aux paupières, etc. Son diagnostic est assez délicat. Il faut y penser chaque fois que l'on a affaire à un prurit localisé, rebelle, à paroxysmes, et qui s'accompagne de sensations diverses, telles qu'élancements et brûlures.

Le traitement du prurit tabétique sera d'abord étiologique. On aura recours à la cure anti-syphilitique ; celle-ci a quelquefois amélioré et guéri ce symptôme pénible de l'affection médullaire. On pourra, d'autre part, soulager le malade par le pyramidon, l'antipyrine, le salicylate de soude le nitrite de soude, médicament qui calment si souvent les douleurs des tabétiques.

La ponction lombaire est capable également d'amender le prurit pour un temps variable (un à trois mois ordinairement).

Enfin, on recommandera d'éviter la bonne chère, les boissons alcooliques, le café, qui réveillent le prurit, comme les douleurs du tabes.

P. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Etiologie et prophylaxie de certains cas de tétanos

Plusieurs chirurgiens ont observé non sans surprise des cas de tétanos survenus dans des conditions inexpliquées, soit chez des blessés, soit chez des opérés soumis au traitement antiseptique le plus rigoureux. Ainsi, par exemple, un homme est opéré d'une hernie par M. Reynier ; les instruments sont passés à l'étuve, la gaze est stérilisée à l'autoclave, toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie sont prises ; la plaie opératoire guérit en quelques jours, sans complications et sans fièvre. Néanmoins, l'opéré meurt d'un tétanos ayant débuté dix jours après la cure radicale. Quel peut-être, en pareil cas, le mécanisme de l'infection tétanique ?

Pour élucider ce problème pathologique, M. H. Vincent a entrepris une série d'études expérimentales et cliniques et il vient de présenter à l'Académie les conclusions de ses expériences avec les déductions pratiques qu'elles comportent.

Le bacille du tétanos, dit-il, ne se développe, habituellement, dans l'organisme vivant, *qu'à la faveur de conditions spéciales*, les unes générales (infections, hypothermie et hypoleucocytose, etc.), les autres locales (adjonction de divers microorganismes favorisants, — pyogènes ou simples saprophytes — contusion et attrition des tissus.

Une telle étiologie n'est pas applicable aux cas de tétanos que nous avons en vue, tétanos succédant à une intervention opératoire aseptique ou à une plaie accidentelle légère, cicatrisée sans suppuration. Il faut donc chercher la solution du problème ailleurs, en dehors des causes favorisantes usuelles.

S'appuyant sur de nombreuses expériences

et sur les données cliniques elles-mêmes. M. Vincent est conduit à incriminer les foyers hémorrhagiques, les petits hématomes, les caillots sanguins que contiennent les plaies. Ces caillots auraient la propriété de nourrir, à l'abri des leucocytes, le microbe du tétanos (ou sa spore), comme le font les tissus mortifiés dans le cas d'attrition, d'écrasement ou de brûlure. Le sang extravasé constituerait un milieu de culture très favorable à la pullulation du bacille de Nicolaïer. Il suffirait, dès lors, d'une seule spore tétanique (échappé à la stérilisation ou venue du dehors) incorporée au sang, à l'hématome pour permettre au tétanos d'éclater.

Le tétanos qui succède dans ces conditions à l'hématome infecté présente, en général, une assez longue incubation : dix, quinze, vingt jours. Le bacille du tétanos végète lentement dans le sang ; en revanche, il y sécrète une toxine très active, ce qui permettrait de comprendre la gravité des faits de tétanos en question.

Ainsi, les plaies traitées par les moyens antiseptiques peuvent néanmoins quelquefois, servir d'origine au tétanos. La persistance du germe s'explique par le degré de résistance des spores, beaucoup plus accusé que celui des microcoques de la suppuration. Quant au développement lui-même du tétanos dans une plaie par ailleurs aseptique, c'est à la présence de caillots sanguins, d'hématomes, de taille minime parfois, qu'il faudrait l'attribuer.

Et M. Vincent conclut en recommandant de débarrasser les plaies, les foyers opératoires, des moindres caillots sanguins, qui peuvent emprisonner des spores ayant échappé aux agents antiseptiques, et de toujours pratiquer une hémostase soigneuse.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos de l'exercice de la médecine par les médecins militaires.

Le devoir élémentaire d'impartialité nous conduit à reproduire la lettre ci-dessous. Mais il nous semble que le débat sera désormais sans intérêt puisque les deux thèses sont d'accord à reconnaître que, irrégulier ou bien illégal, l'exercice par les médecins militaires est à condamner sans entrer dans des distinctions juridiques plus ou moins chinoises, en tout cas peu importantes.

Paris, le 20 octobre 1907.

A Monsieur le Dr Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès Médical*.

Mon cher Confrère,

Un article intitulé : « Clientèle civile et médecins militaires » que j'ai publié dans le *Bulletin Médical* a été, dans le bulletin du *Progrès Médical*, l'objet de critiques de la part de deux de ses collaborateurs : M. le médecin-principal Demmler et M. le Dr Noir.

C'est chose agréable pour un journaliste que de voir ses collègues discuter ses opinions, à condition toutefois qu'on ne se méprenne pas sur sa pensée, comme il est advenu à M. Demmler, ou qu'on ne lui oppose pas des arguments inexacts, comme l'a fait M. Noir. Dans ce cas il est dans l'obligation de répondre et de rétablir les faits. C'est ce que je vais faire.

Le point de départ de mon article est la reproduction textuelle et sans commentaires du compte rendu d'une séance du Syndicat des médecins du département d'Alger, où il était dit qu'à la suite de plaintes relatives à l'exercice de la médecine civile par des confrères militaires, le bureau avait consulté l'Union des syndicats médicaux et que celle-ci avait conseillé d'attendre.

J'ai alors exposé qu'à mon sens il n'y avait pas lieu d'attendre pour trancher la question, et, après avoir démontré que, légalement, les médecins militaires ont le droit d'exercer leur profession dans tous les milieux, j'ai fait voir toutes les raisons militaires et sociales qui exigent impérieusement qu'ils fassent le sacrifice de ce droit et soient tenus à l'écart de la clientèle. Enfin j'ai conclu en ces termes :

« Dans l'intérêt supérieur du pays, il y a lieu, en ce qui concerne les médecins chargés du service de santé militaire — qu'ils constituent ou non un corps spécial — de leur interdire la clientèle rémunérée, malgré l'atteinte ainsi portée au libre choix du médecin par le malade. »

Le Dr Demmler a objecté que les médecins militaires se contentaient de soigner les indigents ou d'aller en consultation avec leurs confrères civils, et que, par suite, la rémunération ainsi perçue ne portait pas, comme je l'avais dit, atteinte à leur indépendance.

S'il ne s'agissait que de ces deux modes d'exercice de la clientèle, il n'y aurait ni réclamations, ni discussions, nous serions tous d'accord. Mais M. Demmler s'est mépris sur le sens attaché au mot « clientèle » par les médecins algériens, ainsi que M. Noir l'a établi dans les lignes suivantes :

« Un médecin militaire peut donner des soins d'urgence et répondre à l'appel d'un confrère en consultation sans commettre un acte répréhensible. Nous pouvons affirmer que jamais le Syndicat des médecins d'Oran n'aurait formulé une plainte, si les médecins militaires de leur région s'étaient bornés à ce dernier genre d'exercice et avaient exercé avec discrétion ».

C'est tout à fait notre avis ; aussi est-ce de la clientèle, telle que l'exercent les praticiens, de la clientèle avec cabinet largement ouvert, de la clientèle rémunérée, de la clientèle fructueuse, que nous avons parlé.

C'est d'elle que nous avons dit et que nous répétons — croyant cette fois que M. Demmler ne nous contredira pas — que les médecins militaires, dont l'opinion est prédominante dans toutes les questions de recrutement, d'engagement, de réforme, de congé et même de permissions, doivent être, comme la femme de César, à l'abri de toute suspicion, c'est-à-dire n'avoir aucun lien d'argent avec la population civile ».

Le deuxième point que je voudrais relever concerne M. Noir.

« *Légalement*, ai-je dit, les médecins militaires ont qualité pour exercer leur profession dans tous les milieux. C'est un *droit* que leur confère notre diplôme professionnel.

M. Noir tranche la question en sens contraire et dans les termes suivants » :

« Personne ne saurait discuter, à l'heure actuelle, l'incapacité légale où se trouvent les médecins militaires pour exercer la profession médicale ».

Cette affirmation si catégorique est, malheureusement pour son auteur, appuyée sur des arguments qui sont autant d'interprétations erronées des textes de loi. M. Noir a écrit, en effet :

« Le titre de docteur en médecine est une des conditions indispensables pour être médecin praticien, mais il en est d'autres qui sont aussi nécessaires, par exemple l'enregistrement du diplôme et le paiement de la patente. Les médecins militaires ne pouvant pas enregistrer leur diplôme ni payer patente ne peuvent être médecins praticiens.

S'ils exercent la profession médicale, ils l'exercent illégalement et sont passibles de poursuites, tout comme le sont les docteurs en médecine avec diplômes étrangers ou diplômes universitaires qui se livrent à l'exercice de la médecine ».

Nous avons soumis cette consultation juridique à l'examen d'un avocat et voici ce qu'il nous a répondu :

« Le médecin militaire est, comme le médecin civil, régi par la loi du 30 novembre 1892.

« Aux termes de l'article 1er de cette loi, nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine. C'est le diplôme qui confère au médecin le droit d'exercer.

« L'article 9 de la loi ajoute que les docteurs en médecine sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer sans frais, leur titre à la préfecture et au greffe du tribuual de l'arrondissement Mais cette formalité de dépôt n'est qu'une simple mesure de police, qui n'affecte en rien le droit d'exercer conféré par le seul diplôme.

« Cela est si vrai que la loi prévoit des pénalités différentes pour *l'exercice illégal* de la médecine, c'est-à-dire sans diplôme, pour le *défaut d'enregistrement du diplôme.*

« Il est donc absolument inexact de prétendre que le médecin militaire qui n'a pas déposé son diplôme n'est pas apte à exercer légalement la profession de médecin. Cette aptitude, il la tient de son diplôme et nul ne peut la lui enlever. Il s'expose à une amende pour défaut d'enregistrement, mais il ne peut être poursuivi pour exercice illégal.

« On a soutenu aussi qu'il fallait nécessairement être inscrit à la patente pour pouvoir exercer la médecine, et que le médecin militaire, ne payant pas patente, ne pouvait, par conséquent, être praticien.

« Cette argumentation est erronée : la patente n'a rien a voir avec le droit d'exercer la médecine. Si, par hasard, l'administrateur des contributions directes omet d'inscrire à la patente un médecin praticien, ce médecin n'en exercera pas moins légalement sa profession ; ne pourra pas être poursuivi pour exercice illégal, et les tribunaux correctionnels n'auront jamais à intervenir pour lui infliger une pénalité quelconque. »

Que reste-t-il après cela de la thèse juridique de M. Noir. Elle est, du reste, démolie par la réponse même de l'Union des Syndicats médicaux. Si, en effet, l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires constituait un acte illégal et passible de poursuites, 17 comme le dit M. Noir, l'Union n'eût pas manqué de le déclarer, d'indiquer la loi violée, de citer l'article méconnu. Au lieu de cela, elle n'invoque que la circulaire Loizillon n'autorisant que la clientèle gratuite et désintéressée » ; elle reconnaît la nécessité de « provoquer une décision ministérielle, limitant nettement le *droit* des médecins militaires. »

Donc ce droit existe, C. Q.F. D.

C'est ce droit que je demande à nos confrères de l'armée d'abandonner, car ils sont des *experts nationaux* chargés d'un *service national* et, comme tels, ils doivent être tenus en dehors de toute ambiance politique et argentifère.

Je compte, mon cher confrère, sur votre courtoisie pour publier le plus tôt possible cette rectification et vous adresse l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr GRANJUX.

CORRESPONDANCE

La médecine civile par les médecins militaires

15 octobre 1907,

Mon cher confrère,

Je vous remercie d'avoir bien voulu donner l'hospitalité à ma correspondance dans les colonnes du *Concours Médical* du 13 octobre ; je mettrai ce soir cette correspondance sous les yeux de M. Gariel, Directeur du *Petit Méridional,* que je considère comme un ami, et je tâcherai de l'amener à une plus saine appréciation des hommes et des choses.

Continuant la lecture du *Concours Médical,* je lis dans la *Chronique Professionnelle* et sous la signature de notre collègue, le Dr J. Noir, un article qui est pour moi sensationnel, voici pourquoi :

C'était en 1879, (vous voyez, très honoré confrère, que je ne remonte pas aux temps de l'immortel fabuliste, temps où les bêtes parlaient) ; je fus appelé comme médecin communal à Aumale (Algérie) ; j'avais pris un engagement de 3 mois, j'y suis resté 3 ans. Et le motif d'un si long séjour dans ce pays perdu ? me direz-vous.

Laissez-moi frissonner un instant... *Horreseo referens* !

Le confrère civil que je venais remplacer provisoirement s'était pendu dans le quartier militaire pour des raisons que je n'ai jamais cherché à connaître ; je dois vous dire que je ne suis pas curieux de mon naturel.

Je trouvai à mon arrivée à Aumale un médecin-major, devenu aujourd'hui médecin principal des armées de la R. F.

J'avais 30 ans, j'étais un débutant, plein d'illusions et de naïves croyances ; je croyais à la déontologie médicale, à la solidarité confraternelle ; l'expérience de la vie m'a bien assagi, si le scepticisme est un commencement de sagesse. A la mort de mon confrère civil, le major militaire fut chargé d'assurer les divers services médicaux de la commune, services pour lesquels il touchait rémunération et dont il chargea ses aides-majors, se réservant la clientèle payante. Après mon installation, les divers services médicaux ressortissant de la mairie : dispensaire, prison, indigents, etc., me furent remis par mes jeunes confrères, qui furent très heureux de se débarrasser d'un service qui ne leur rapportait que supplément de travail et ennuis,

Quant à la clientèle payante, Môssieur le médecin major s'y cramponna avec une virile énergie, et s'allia avec une sage-femme, vieille matrone, nouvelle mère Angot, qui me fit une guerre d'apache.

Toutes mes plaintes, toutes mes réclamations restèrent sans effet. De guerre lasse, j'adressai une lettre à la *Vigie algérienne,* lettre dans laquelle je disais *textuellement* ce que dit aujourd'hui notre vaillant confrère le Dr J. Noir, dans le *Concours Médical* du 138 *bis, ni plus, ni moins.* Et c'est pour cela que je frissonne ; il est vrai, que le danger est peut-être moins grand aujourd'hui en 1907.

M. Dujardin-Beaumetz, alors médecin-major à Aumale, m'assigna devant le tribunal d'Alger, pour avoir écrit, comme mon confrère le Dr J. Noir, que les médecins militaires ne payant point patente ne devaient pas avoir le droit d'exercer la médecine civile là où il y avait des médecins civils établis ; qu'étant donné l'amour du galon dans ces régions du Sud-Algérien les médecins militaires fesaient aux médecins civils une concurrence *inégale, illégale* et parfois *déloyale* !

Et malgré la brillante défense de mon ami rich, l'aigle du barreau d'Alger, que la mort est enue faucher prématurément, le tribunal d'Al- er me condamna à cent francs d'amende et à insertion du jugement dans trois journaux d'Al- er.

J'ai payé l'amende et je n'ai jamais lu ce juge- ent dans aucun journal.

Epilogue : Peu de temps après M. Dujardin- eaumetz fut déplacé avec avancement et le inistre de la guerre de l'époque fit savoir, par ne circulaire aux médecins militaires qu'ils ne evaient plus se livrer à la clientèle civile dans s localités où il y avait un médecin civil établi.

Vous voyez, très honoré confrère, que la ques- ion n'est pas nouvelle ; et dans ce coup d'œil ré- ospectif, nos confrères peuvent trouver un bel seignement. Je me suis offert, comme toujours ailleurs, aux coups du minotaure ; je me suis ujours relevé plus fort dans la lutte pour por- r haut et ferme le drapeau de nos justes reven- cations professionnelles ; fier des blessures re- es, fort de l'approbation de ma conscience et vec la satisfaction du devoir accompli, j'attends ujourd'hui, l'arme au pied, la visite de la *ca- arde*, que les suites d'une grippe infectieuse ontractée en service attachent à mes pas, mais, onsidère comme un devoir de vous crier, vail- nt confrère : *prenez garde* !

Sincère et cordiale poignée de main.

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Le libre choix des indigents dans les grandes villes.

J'avais eu, il y a quelque temps, l'intention de us écrire à propos du *Libre choix du médecin ur les indigents* à Paris et dans les grandes villes, ojet Diverneresse.

Cette question intéresse un peu les Lyonnais. estime que ce mode d'organisation pratique du rvice de l'Assistance médicale gratuite, tel qu'il t proposé par Diverneresse, a un défaut qui que de faire échouer son projet aussi bien dans s grandes villes qu'à Paris. Je veux parler de la signation officielle, dans chaque quartier, de médecins qui recevraient chacun un appoin- ment fixe de 800 fr., non compris le prix des vi- tes, pour assurer *en cas d'urgence* le service mé- cal des indigents. Avec ce système on grèverait ns nécessité le budget de la Ville de Paris de 0.000 francs par année et naturellement en pro- rtion moindre celui des autres villes, alors que service d'urgence pourrait être organisé sans ais d'une manière efficace. Il faudrait, à notre is, que les médecins qui veulent accepter de igner les indigents se fassent inscrire à la mairie rant la fin de l'année.

Les indigents malades recevraient une liste ces médecins, ne portant que leur nom et leur dresse, afin de ne gêner en rien le libre choix, il xisterait un petit tableau affiché à la mairie et ans tous les postes de police, indiquant, pour haque semaine ou chaque quinzaine, quels sont s 2 médecins chargés d'assurer le service d'ur- ence. Ce service de garde serait établi par rou- ement d'un commun accord entre les médecins téressés.

Ainsi, chaque médecin saurait qu'à telle épo- ue pendant une semaine ou une quinzaine, il ra tenu de répondre à l'appel des indigents ou e se faire suppléer dans ses fonctions. Cette obli- ation d'assurer le service pourrait n'exister u'une fois par année ou une fois par semestre pour chaque médecin, c'est une question à étu- dier d'après le nombre des médecins.

Non seulement le système que nous proposons présenterait l'avantage de réaliser certaines éco- nomies qui permettraient aux Conseils généraux d'accepter plus facilement le libre choix, mais il n'aurait pas l'inconvénient de faire nommer des médecins qui seraient pour ainsi dire des fonc- tionnaires, à l'instar de leurs prédécesseurs. Le li- bre choix, avec le projet Diverneresse, n'existe- rait qu'en apparence, car les indigents sachant bien vite qu'il y a des médecins appointés par l'Administration, iraient peut être s'adresser à eux de préférence. De plus, la création de ces fonctions susciteraient l'*invidia* de certains con- frères, car, malgré qu'on nous dise que ces fonc- tions pourront être mises au *concours*, on sait ce que signifient les concours en général et ce que vaudrait celui-ci en particulier.

Le Dr Diverneresse fera de ma proposition ce que bon lui semble, mais je la crois juste, prati- que et acceptable par les médecins et les autori- tés publiques.

Dr Bolliet (de Lyon).

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Une bonne inspiration

M. le Dr Vigne, notre correspondant de Lyon, profite de ses attributions de rédacteur en chef de l'*Avenir Médical* pour faire passer dans ses colonnes l'avis suivant mis en bonne place et qui a déjà porté des fruits puisque nous avons reçu des demandes d'adhésion par lui provoquées.

VŒ SOLIS ! ! !

Tout Médecin a le devoir :

— De s'affilier au *Syndicat Médical de sa région*, groupement cellulaire de défense professionnelle.

— De se rattacher soit à l'*Union des Syndicats Médicaux de France* (secrétaire : Dr Noir, 45, rue de la Clef, à Paris).

Soit à la *Fédération des Syndicats Médicaux de sa région* (*Sud-Est, Nord, etc.*), groupements organiques de défense professionnelle.

— De se faire admettre à l'*Association des Médecins de sa région* ou à l'*Association des Médecins de France* (5, rue de Surène, Paris), ou même à l'une et à l'autre de ces deux organisations de secours mutuels et d'assistance inter confraternelle.

Tout Médecin a intérêt :

— A faire partie du «*Concours Médical*», 23, rue de Dunkerque, à Paris, et du «*Sou Médical*» (renseignements: Dr de Grissac, à Argenteuil), puissants groupements de défense inter-confraternelle.

— A étudier de près les statuts des *Œuvres de Prévoyance* (indemnité-maladie, retraite, etc.), patronnées par ces groupements et par l'Association Générale des Médecins de France. Renseignements au *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, à Paris.

Nous nous ferons un plaisir et un devoir de mettre ceux de nos Confrères qui le désireraient en rapport avec ces diverses œuvres de solidarité médicale.

N. D. L. R.

Le Conseil de Direction ne veut pas attendre jusqu'à l'Assemblée Générale pour remercier chaleureusement le confrère Vigne de sa bonne inspiration et de son large geste de propagande. Nous nous sommes toujours demandé pourquoi la presse médicale, dans son ensemble, ne l'avait jamais fait. Peut-être attendait-elle un exemple, un spécimen, une formule.

L'*Avenir Médical* vient de lui donner tout cela et nous l'emprunterons nous-mêmes à notre confrère d'une façon permanente.

REPORTAGE MÉDICAL

Clinique thérapeutique.—Organisation de l'enseignement, pour l'année scolaire 1907-1908. Tous les jeudis, à 10 heures du matin, leçon de clinique thérapeutique avec présentation de malades par M. le professeur Albert Robin (grand amphithéâtre des cours, hôpital Beaujon).

Tous les matins, à 9 heures, au lit du malade, salles Axenfeld et Louis, enseignement pratique suivi d'interrogations.

Trois fois par semaine, les lundis, mercredis, vendredis, de 10 heures et demie à 11 heures et demie, un enseignement complémentaire de thérapeutique sera fait avec le concours des collaborateurs suivants: M. G. Bardet, l'art de formuler ; M. Léon Bellin, maladies du nez, de la gorge et de l'oreille ; M. Bournigault, chimie biologique appliquée à la thérapeutique ; M. F. Cathelin, maladies des voies urinaires ; M. Claret, maladies du poumon ; M. A. Coyon, chef de clinique, maladies de la nutrition; M. H. Dominici maladies du sang ; M. Delherm, électricité médicale ; M. René Gaultier, maladies de l'intestin, du foie, du pancréas ; M. Gautiez, massage ; M. Leredde, maladies cutanées et syphilitiques ; M. Michel, maladies du cœur ; M. Ch. Sauvineau, maladies des yeux ; M. Paul Sainton, maladies du système nerveux ; M. Vitman, chef de clinique adjoint, maladies des reins.

Un programme détaillé sera remis à chacun des élèves. En outre chaque semaine les élèves seront exercés individuellement aux recherches de laboratoire (chimisme gastrique, analyse d'urines, etc.).

Faculté et hôpitaux.

Le prof. Landouzy commencera ses leçons de clinique à l'hôpital Laënnec, le vendredi 8 novembre à 10 h. 1/2 du matin et les continuera les mardis et les vendredis à la même heure.

Lundi à 10 h. : consultations, diagnostic et ordonnances commentés : mardi, leçon dans les salles. Mercredi et jeudi : conférences de chimie et de physique médicale. Samedi : conférence et exercice de séméiotique.

M. le prof. Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 h., dans l'amphithéâtre de la clinique médicale à l'hôpital Beaujon.

Tous les vendredis à 10 h. démonstrations de dermatologie par M. Jeanselme, agrégé.

M. le prof. Kirmisson commencera le cours de clinique chirurgicale infantile le mardi 5 novembre, à 10 h. du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Jeudi à 10 h. : consultations orthopédiques (conférences cliniques et examen des malades).

— M. le prof. Hutinel commencera le cours des maladies infantiles, le samedi 16 novembre 1907, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. Marcel Labbé, agrégé, commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital St-Antoine, le jeudi 14 novembre 1907, à 10 h. 1/2 du matin, au pavillon Moïana, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. Vendredi : consultations pour les maladies de l'estomac par M. Bensaude. Samedi : leçon de thérapeutique clinique.

— M. le prof. A. Robin fera ses cours de clinique thérapeutique tous les jeudis à 10 h. du matin. Trois fois par semaine un enseignement complémentaire de thérapeutique aura lieu. Un programme détaillé des conférences sera remis à chacun des élèves. En outre, chaque semaine, les élèves seront exercés individuellement aux recherches de laboratoire.

— M. le prof. Roger commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée le jeudi [illegible] novembre 1907, à 4 h. de l'après-midi au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Objet du cours : Suppuration. Gangrène. Tuberculose.

— M. Proust, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le lundi 4 novembre 1907 à 9 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis, et lundis suivants à la même heure. Sujet du cours : Affections traumatiques du crâne et du rachis. Affections des organes génito-urinaires.

— M. le prof. Gilbert commencera son cours de thérapeutique le samedi 9 novembre 1907 à 5 h. au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Programme du cours : les médicaments inorganiques (minéraux et eaux minérales). L'art de formuler.

M. Gouget, agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne, le samedi 9 novembre 1907, à 3 h. au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Sujet des conférences : Maladies du tube digestif.

— Un cours de technique expérimentale (opérations sur l'animal vivant) par MM. Proust et Dartigues, commencera le samedi 9 novembre à l'hôpital Broca, à 2 h. 1/2 de l'après-midi, et se continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. Le cours sera complet en 10 leçons. Le droit à verser est fixé à 50 francs.

— M. le prof. Pouchet commencera le cours de pharmacologie le samedi 9 novembre 1907 à 4 h. de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— MM. les docteurs Luc et Guisez commenceront en leur clinique, le mardi 12 novembre prochain, à 10 h., un cours théorique et pratique sur les affections chirurgicales du larynx, nez, sinus, oreilles, et la technique de la broncho-œsophagoscopie, avec examen de malades, maniement des instruments spéciaux, technique opératoire. Le cours comprendra vingt leçons et durera cinq semaines. S'inscrire par envoi de carte et droits d'inscriptions (100 fr), à la clinique, 15, rue de Chanaleilles.

— M. Maillard, agrégé, commencera les conférences de chimie biologique, le samedi 9 novembre 1907 à 4 h. (amphithéâtre de physique et de chimie à la Faculté), et les continuera les mardis jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Les constituants chimiques de l'organisme.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Lemariey, de Pont-Audemer (Eure) ; Guillaumin, de Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir) ; Delannoy, d'Hautmond (Nord) ; Guerlain, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; Mercier, de Montargis (Loiret) ; Brun, de Toulouse (Haute-Garonne), membres du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 46 Dimanche 17 NOVEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

Séance du 17 octobre, préparatoire à l'assemblée générale du 17 novembre

RAPPORTS ANNUELS

Rapport du trésorier.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du *Sou médical* pour l'année 1906.

Le nombre des membres qui, pendant cette année, ont cotisé régulièrement, s'élève à 998. Il y a sans doute progression pour l'année 1905, mais cette augmentation est faible. C'est qu'en dépit des adhésions nouvelles qui ont été nombreuses nos pertes viennent toujours diminuer sensiblement notre nombre total.

Quoi qu'il en soit, la situation reste excellente comme vous allez le voir.

Les recettes se sont élevées à 22.520 fr. 80, savoir :

Recettes.

Cotisations	19.539 fr.	»»
Intérêts	448	90
Recouvrements..............................	230	60
Dons..............................	66	30
Subvention des Sociétés diverses.....	240	»»
Versement du Concours médical.....	1.996	»»
Total..............................	22.520	80

Vous savez que l'action du *Sou médical* s'est exercée à plusieurs reprises concurremment avec celle d'autres sociétés de défense professionnelle : les frais se trouvent donc partagés. Dans certains cas, le *Sou* a fait des avances et se trouve remboursé (subventions) ; dans d'autres, il verse sa quote-part à la caisse d'autres sociétés (participation aux œuvres de défense).

Dépenses.

Pendant la même année, les dépenses, se sont élevées à 13.734 fr. 29, savoir :

Matériel........................	289 fr.	85	
Impressions........................	299 »	65	
Poste et transports divers....	375 »	10	
Timbres quittances..........	60 »	60	
Frais de recouvr. et rappels..	95 »	60	
Frais de bureau..............	750 »	»»	
Frais de trésorerie..........	5 »	90	
Divers........................	554 »	45	2.431 fr. 15
Indemnités au président, au secrétaire général et au Conseil judiciaire..........			6.200 » »»
Participation aux œuvres de défense professionnelle.....			1.455 » 89
Indemnités aux sociétaires...			3.647 » 25
Total........			13.734 » 29

Sous la rubrique *Divers*, sont compris des abonnements et des achats de journaux judiciaires, des copies de jugements, des frais de renseignements, des achats de papier timbré, des frais relatifs à des arbitrages, etc. etc. Ce ne sont pas, à proprement parler, des dépenses d'administration : il conviendrait plutôt de les rapprocher des indemnités allouées au

président, au secrétaire général et au conseil judiciaire qui sont, elles aussi, des dépenses faites pour les sociétaires puisqu'elles représentent des frais d'avis, consultations, rapports, expertises, arbitrages, tous services qui deviennent de plus en plus nombreux à mesure que les procès deviennent moins fréquents.

Balance des comptes :

Si au total des recettes de l'année..		22.520 fr.	80
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1905.	13.243 80	14.358	57
et les espèces en caisse à la même date..	1.114 77		
on obtient...		36.879	37
et si l'on retranche les dépenses de l'année........................		13.734	29
Il reste.........		23.145	08

dont emploi a été fait de la manière suivante :

1° Achats de valeurs :			
15 obligat. chemins de fer de l'Ouest 3 %, nouvelles........................		4.597 fr.	10
10 obligations, gouvernement général de Madagascar, 3 %..................		4.637	50
20 obligations, chemin de fer, Ouest-Algérien, 3 %..........................		8.600	»»
		17.834	60
2° Espèces :			
A la Société générale ..	7.852 fr. 20		
Moins dû au trésorier....	2.541 fr. 72	5.310	48
Total égal.............		23.145	08

Avoir du Sou médical au 31 décembre 1906.

1° Valeurs en portefeuille :		Prix d'achat		En cours	
15 Obligat. P. L. M. 2,5 %.		6.207 fr.	75	6.090 fr.	»»
10 Oblig. Ouest, 3 %, nouv.		4.597	10	4 310	»»
20 Oblig. Ouest-Alger. 3 %.		8.600	»»	8.530	»»
10 Oblig. Gouvern. Gén. de Madagascar, 3 %.........		4.637	50	4.525	»»
		24.042	35	23.455	»»
Espèces :					
A la Société. gén.	7.852 20				
Moins dû au trésor. au 31 déc. 1906..	2.541 72	5.310	48	5.310	48
		29.352	83	28.765	48
Avoir de la caisse de garantie..........				11.578	»»
Reste à la caisse générale ..				17.187 fr.	48

Caisse de garantie.

La caisse de garantie au 31 décembre possédait............................		3.736 fr.	»»
Le nombre des sociétaires ayant été en 1906 de 998 il lui a été versé	1.996 fr.		
Les propriétaires du journal le *Concours médical* ont de même versé...............	1.996 fr.	3.992	»»
Enfin par décision de l'Assemblée générale du 19 novembre 1906 il lui a été versé à titre extraordinaire.....		4.000	»»
Son encaisse a donc été de.....		11.728	»»
Mais, d'autre part, la caisse a versé à un sociétaire une indemnité de......		150	»»
Il lui reste donc au 31 décembre 1906.,		11.578 fr.	»»

Vous voyez, Messieurs, que la situation du *Sou médical* est excellente et lui permet de faire face à toutes les nécessités quelles qu'elles soient.

Le Conseil d'administration vous demande de vouloir bien approuver les comptes d'une manière définitive.

Le trésorier,
A. GASSOT.

Rapport annuel du secrétaire général sur les opérations de la Société pendant l'année 1906-1907.

Chers confrères,

Tous les ans le rapport du secrétaire général du « Sou Médical » ressemble au rapport de l'année précédente : un court préambule, de la statistique, et la série des rubriques bien connues sous lesquelles viennent se ranger les nombreuses affaires qui ont préoccupé le conseil dans le cours de l'année.

Je voudrais, cette année, modifier un peu le plan de ce rapport et le faire plus facile à lire par l'énumération des affaires plus complète et partant plus pratique. Vous me direz si j'ai réussi. De toute façon permettez-moi de compter sur votre indulgence.

Depuis sa création, c'est-à-dire depuis l'année 1897, soit dix ans, le « Sou Médical » a évolué, s'est fortifié ; c'est un grand garçon, maintenant, et fort, et musclé, prêt au travail, n'y manquant jamais.

Il a beaucoup semé, s'intéressant à tout ce qui se passait autour de lui dans le monde médical, et il est juste de dire et de reconnaître qu'il récolte maintenant le fruit de ses labeurs.

Aussi peut-on résumer son action actuelle, comparée à celle d'autrefois. *Moins de procès* et cependant affaires solutionnées *de plus en plus nombreuses*. « *Moins de procès* ? c'est une manière de dire, car nous soutenons en ce moment *trois recours devant la Cour de cassation, deux devant le Conseil d'Etat*. Je ne parle pas des affaires devant les autres juridictions, car, d'une façon générale, les procès sont le plus souvent évités pour le plus grand avantage des confrères.

Nous connaissons mieux nos droits, et les judicieux conseils qui sont donnés aux membres du « Sou » dans l'embarras, leur permettent de solutionner des questions qui autrefois eussent été insurmontables.

N'aurions-nous fait que donner au médecin, jadis isolé ou mal défendu par son syndicat, ou la société médicale à laquelle il appartenait, la conscience de n'être plus seul et d'être soutenu, que nous aurions rendu à nos confrères un service très appréciable. Se savoir fort donne l'audace nécessaire au succès. — Le succès sourit, non pas aux audacieux comme le dit faussement le proverbe, mais à ceux qui savent qu'ils peuvent oser, et je dirai comme le grammairien « *audentes fortuna juvat* ».

Quelles sont les questions qui reviennent le plus souvent dans la correspondance du « Sou »? Quelles sont les plaintes le plus fréquemment formulées par nos confrères ?

Je ne surprendrai personne en disant que « les rapports des médecins avec les sociétés ou Cies d'assurances en font presque exclusivement les frais. »

Quelques confrères ont des difficultés avec leurs clients ordinaires, tous en ont avec les assurances.

D'où viennent ces difficultés toujours renaissantes ? La question n'est pas simple.

Les assurances ne sont pas seulement des industries créées dans le but de faire des bénéfices, ce sont aussi parfois, et c'est le cas des mutuelles, des sociétés qui ont la prétention de faire l'assurance au taux le plus réduit.

Toutes ces sociétés, pour garnir leurs portefeuilles, se sont fait, au début de la loi sur les accidents du travail, une concurrence de tarifs ridicule et ce sont les médecins qui sont appelés à payer comme on dit « les pots cassés », sous forme de réduction de leurs honoraires. La prime ne correspondant pas au risque, il faut alors, pour ne pas perdre, diminuer autant que possible la valeur du risque — et les honoraires du médecin sont, vous le savez, une part de ce risque.

Je ferai, ultérieurement dans ce rapport, l'énumération des divers arguments, des raisons opposées à nos confrères par les assureurs et il sera facile de se rendre compte que s'ils n'ont pas de bonnes raisons, la quantité supplée à la qualité.

On s'étonne parfois, dans certains milieux, de cette hostilité permanente, de cette lutte d'intérêts

continuelle, et on est surpris de la mauvaise humeur que montrent les médecins indépendants vis à-vis de ces collectivités. Comment pourrait-il en être autrement? Ce sont elles qui ont apporté, bien plus encore que les mutualités, cet esprit de chicane perpétuel que vous savez. Avec les mutualités on peut s'entendre, habitants d'une même localité on se fréquente, on se rencontre, l'estime réciproque nait de ces rapports journaliers ; avec les assurances il n'en est pas de même.

De loin, un administrateur, que dis-je un commis, qui ne vous a jamais vu et ne vous verra jamais, déclare dans sa haute incompétence que vous êtes un exploiteur, que vous abusez, etc. Puis, que se passe-t-il dans nos clientèles ? Un beau jour un agent se présente, vient trouver un confrère et lui :

« *Tient à peu près ce langage* ».

Vous êtes « *le phénix* » des médecins de ce canton, nous allons vous adresser tous nos blessés, vous allez voir votre clientèle se doubler... se tripler ?... toute la clientèle du pays suivra, c'est notre désignation qui vous assurera cette aubaine.

Ce qu'il faut faire pour obtenir cela ? Bien peu de chose. Nous consentir un rabais sur vos honoraires ; tenez, mieux encore, signez un forfait. Si le confrère accepte — il apprendra quelque temps après, que son ou ses confrères de la localité sollicités de même ont signé le même engagement, que tous sont tombés dans ce piège que tendait au corbeau le rusé renard de la fable. Jurer qu'on n'y sera plus repris est une formule platonique qui ne change rien.

Le « Sou Médical » s'est occupé, cette année-ci, de trois confrères, (combien y en a-t-il dans le même cas) ? qui se sont fait... entôler par une Cie d'assurance leur promettant monts et merveilles : monopole du service médical dans la région, rémunération à un tarif élevé, etc. Ce qu'il fallait faire pour obtenir cette haute faveur consistait simplement à souscrire une police individuelle garantissant des piqûres anatomiques, du tétanos, du charbon, etc., etc., et à payer une prime en définitive insignifiante, comparée à tous les avantages offerts. Mis en possession de leur nomination de médecins de la dite Cie d'assurances, nos confrères se sont aperçus qu'ils étaient *les seuls assurés* dans leur région !

Que si, et maintenant le fait est *très*, *très* fréquent, surtout en matière d'assurances agricoles, l'agent se trouve en face d'un médecin ou d'un groupe de médecins qui ne veulent rien entendre et prétendent ne pas aliéner leur liberté, pour le fromage aléatoire de la Cie, l'agent se ravise, va trouver dans un pays voisin un médecin moins sage, et la clientèle de nos confrères est désorganisée, la clientèle des victimes du travail étant drainée systématiquement vers le cabinet de ce médecin *agréé par l'assurance*.

Et comment voulez-vous, après des agissements de ce genre, se renouvelant un aussi grand nombre de fois qu'il y a de Cies diverses d'assurances, (et Dieu sait s'il y en a) — que les médecins voient les assureurs d'un bon œil ?

Il serait si simple cependant de s'entendre. — S'entendre, répondent les Cies, mais nous ne demandons pas mieux. Mais comment arriver à cette entente ? Elles produisent alors des collections de documents qui sont parfois fort suggestifs. Ils prouvent ces documents, que tel médecin, a abusé manifestement, que tel autre a produit un mémoire de pure fantaisie, etc.

Elles sont fières de ces faits qui, fort heureusement, sont des exceptions, elles se hâtent de généraliser les fautes de quelques-uns, pour les imputer à tous.

Nous répudions les mauvais confrères, les confrères indélicats, et nos sociétés professionnelles ont pour but de sauvegarder la dignité des médecins. Le titre de syndiqué est un titre qui offre à ce point de vue une très grande sécurité. J'entends, les syndicats fermés qui, comme celui de l'arrondissement de Versailles et tous ceux qui depuis quelques années se sont crées sur son modèle, ont adopté ses statuts, savent protéger leurs membres et agir contre les confrères indélicats susceptibles de compromettre le bon renom du corps médical.

Les assureurs se plaignent de certaines cliniques spéciales qui vont solliciter la clientèle des victimes du travail par des procédés que nous réprouvons nous-mêmes et ont des « *pisteurs* » allant quérir le blessé, même très loin, faisant des offres de nature à l'attirer sûrement. Mais combien les médecins indépendants n'ont-ils pas à se plaindre eux aussi des assurances qui emploient vis-à-vis d'eux les mêmes procédés pour diriger les blessés vers le médecin agréé par elles, et lié par un forfait, c'est-à-dire un rabais. N'a-t-on pas vu l'une d'elles aller au loin, très loin de Paris, enlever en automobile un blessé à son médecin traitant pour le faire soigner dans une clinique *d'assurés*.

Elles diront pour leur défense : « mais on ne force pas les blessés, s'ils vont vers le médecin de l'assurance, c'est qu'ils y trouvent des avantages ». Ce qu'elles ne diront pas c'est que le patron, véritable *pisteur* pour la circonstance, a exprimé un désir ; or le désir d'un patron est un *ordre déguisé* et le patron tient à voir exécuter ses *ordres*.

Nous avons eu à un moment l'espoir de voir les assureurs, comprenant enfin leurs véritables intérêts, rechercher notre concours pour éviter les exploitations dont ils peuvent être les victimes.

J'ai pu émettre cet espoir à une réunion de la commission permanente du Congrès des praticiens, le geste n'a été qu'esquissé. Peut-être se réalisera-t-il ? et cela sous la forme d'une commission mixte d'assureurs et de médecins qui, organisée sur le modèle de la commission médico-mutualiste, n'aurait qu'un but rechercher longuement de part et d'autre, par voie d'arbitrage ou autrement, le moyen de faire cesser les conflits existants.

Cette avance que notre groupe avait faite il y a dix ans et qui fut repoussée avec l'arrogance que j'ai déjà maintes fois citée, on ne serait pas éloigné de la prendre aujourd'hui en considération.

Les assureurs ont le devoir d'éviter d'être exploités. Mais ce même devoir existe pour les médecins.

Faut-il énumérer ici, dans ce préambule, les procédés employés contre nos confrères : je ne le pense pas. La lecture de la suite de ce rapport les démontrera à chaque espèce particulière.

***

Il me reste à vous dire encore, avant d'aborder la description des divers et nombreux dossiers du « Sou Médical » que notre société a pris une part active à toutes les manifestations qui se sont faites au cours de cette année pour la défense professionnelle ; qu'elle a été officiellement représentée au Congrès des praticiens, qu'elle est au Comité de vigilance de ce congrès, à la commission permanente née du congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, que sa voix est entendue à l'union des syndicats, etc. etc.

« Rien de ce qui est défense professionnelle ne doit lui être étranger. »

***

Je ne parlerai pas des diverses questions qui sont venues chercher leur solution devant notre conseil et que, dans mes précédents rapports, je classais sous différentes rubriques : *Droits du médecin, etc., etc.* Ce serait rééditer, ce que depuis quelques années j'ai répété et redit sous des formes un peu différentes — et je passe de suite à la description des dossiers les plus intéressants.

Un peu de statistique pour commencer.

Nous avons classé cette année 430 dossiers et le journal de la correspondance arrive au chiffre de 16.989.

Le travail de votre secrétaire général est toujours considérable et il se rend parfaitement compte qu'il est parfois au-dessous de sa tâche. Nos collègues l'ont compris; l'aide de M. le Dr Daverne, secrétaire de la Direction du « Concours », et de M. Dumesny, juriste dévoué à nos œuvres et que des liens de parenté lient à notre trésorier, vont, pour l'année qui vient, lui faciliter sa grosse besogne. Notre désir à tous est de faire pour le mieux et vous voudrez bien encore faire crédit à notre bonne volonté.

***

Droits du Médecin. Contestations d'honoraires.

D. n° 1738. D. L.-E., à S. — La Cour de Rouen a jugé que la personne qui a retenu un médecin pour un accouchement ne lui doit aucune indemnité, si elle se passe de son intervention. — C'est abusif, car un préjudice est porté au médecin qui ne peut faire aucun projet. Ces cas particuliers ne sont pas favorables à instance en raison de certaines circonstances de fait.

D. n° 1749. Dr H., à B.-F. — Les enfants sont responsables, suivant leurs moyens, des soins donnés à leurs père et mère dans le besoin, en vertu de la dette alimentaire.

D. n° 1756. Dr A., à H. — Le père est tenu de la dette contractée par son fils mineur et sans ressources, vis-à-vis du médecin qui lui a donné des soins ; cette dette étant considérée comme dette alimentaire.

D. n° 1781. Dr S., à Q. D. 1848. Dr L., à S. — Dans quelles conditions le médecin peut-il être saisi ? Une saisie peut-elle être faite entre les mains de ses débiteurs ? — *Rép.* : Le médecin peut être saisi comme tout autre débiteur et dans les mêmes conditions. Mais la recherche de ses débiteurs, toujours délicate, le met à l'abri dans une certaine mesure. S'il a des appointements fixes, ils peuvent être saisis comme tous les salaires et les règles qui régissent la matière lui sont applicables.

Le médecin peut-il se faire payer d'avance par une Société de Secours mutuels, par exemple, pour éviter la saisie ? — *Rép.* : Ce serait s'exposer gravement à payer deux fois, si saisi arrêté, un président de Société de Secours mutuels payait le médecin. Cependant lorsque la saisie-arrêt frappe sur les produits du travail de manière à priver le débiteur des ressources nécessaires à la vie, il peut obtenir en référé, la réduction des effets de la saisie-arrêt et se faire autoriser à toucher une partie de la somme saisie arrêtée pour ses besoins et ceux de sa famille.

D. n° 1860. — Responsabilité personnelle de la femme en cas de soins donnés pour un accouchement, en cas d'insolvabilité de la communauté.

D. n° 1861. Dr P., à E. — Soins donnés à la femme d'un failli après la déclaration de faillite. Le syndic vous offre 200 fr. sur 280 à titre alimenaire. Que devez-vous faire ? — *Rép.* : Acceptez si la femme n'a rien en propre.

D. n° 1838. Dr M., à B. — Questions à propos de l'obligation des enfants ayant renoncé à la succession de leurs père et mère et tenus des soins médicaux en raison du caractère alimentaire de cette dette. — *Rép.* : Envoyé les indications de jurisprudence.

D. n° 1808. Dr D., à R. — Contestation d'une note d'honoraires. Donné les indications nécessaires et approuvé le mémoire discuté. Le confrère a obtenu satisfaction à l'amiable.

D. n° 1817. Dr D., à C. — A la réclamation de mes honoraires un client me répond par une menace de demande reconventionnelle de dommages-intérêts. — *Rép.* : Sans hésitation, poursuivez devant le juge de paix et menacez votre débiteur de lui réclamer, pour mauvaises difficultés, des dommages et intérêts doubles de ceux qu'il prétend vous réclamer. Le confrère devant le juge a obtenu satisfaction complète.

D. n° 1818. Dr P., à R.-F. — Le confrère signale les difficultés que soulève pour le paiement des honoraires dûs, la famille d'un blessé, pour lequel il a fait appeler un *grand* médecin de la ville voisine. Ce dernier, sans se préoccuper des confrères, a tenu des propos, sinon hostiles du moins irréfléchis, qui ont été interprétés contre les confrères ; ou conteste leur mémoire d'honoraires qui est soumis à l'appréciation du *Sou*. — *Rép.* : Votre mémoire est plus que modéré. Poursuivez sans attendre, c'est le seul moyen de faire taire les langues.

D. 1971. Dr G., à F. — L'engagement du patron qui a fait donner des soins à son domestique blessé est formel. Cour de Lyon, 15 nov. 1898: « Il est d'usage que les médecins réclament le prix des soins donnés aux gens de service, non à ceux-ci, mais à leurs maîtres ». Dans le même sens Floquet : Code pratique des honoraires médicaux, p. 462. Jug. du Tribunal de paix du XIVe, Paris 6 juillet 73 (dans l'ouvrage cité). Il n'est pas besoin de prouver que le maître a mis le médecin en œuvre. Ce serait au contraire, au maître à prouver que ce n'est pas à lui que le médecin a fait confiance.

D. n° 1850. Dr G., à A. — Jugement établissant que les honoraires en cas de responsabilité d'un maître pour faute lourde, dans le cas d'un accident survenu à son employé, peuvent lui être réclamés directement et solidairement par le médecin et le blessé. Les honoraires du médecin sont établis, à bon droit, d'après le tarif ouvrier local et ne sauraient être discutés.

D. n° 1833. Dr D., à N. — Demande de conseils et des indications de procédure pour poursuivre le recouvrement d'une créance. Reconnaissance de dette et engagement de payer le médecin pris par une mère de famille, veuve et dont les enfants sont en mesure de solder la note. Deux enfants ont déjà payé leur part, le troisième refuse. — *Rép.* : Notre conseil judiciaire a donné directement les indications nécessaires pour introduire une instance devant le juge compétent.

D. n° 1837. Dr P., à La N.-M. — L'obligation formelle de la femme mariée vis-à-vis du médecin pour soins donnés avant son divorce, ne saurait faire doute. Il importe, bien qu'en principe les soins donnés à une femme mariée soient une charge de la Communauté et que celle-ci y ait renoncé. La femme qui accepte les soins d'un médecin contracte vis-à-vis de celui-ci, une obligation personnelle qui la lie solidairement avec le mari et par suite la renonciation à la Communauté ne l'exonère pas de son obligation personnelle. Trib. de la Seine, 6 juillet 1885. *Gaz. du Palais* 1896, 1er sem. supplém., p. 12. — Trib. civil de la Seine (2e ch.), 28 fév. 1905. *Gaz. du pal.* — Trib. 9 juin 1905 et *Concours médical*, 15 juin 1905, n° 15. — Trib. civil de Bordeaux (1er ch.), 19 janv. 1903. *Gaz. du Trib.* 18 mars 1903. *Concours médical*, 6 juin 1903.

D. n° 1869. Dr M., à C. — Soins à un domestique blessé ; le médecin appelé par le patron ; contestation d'honoraires. — *Rép.* : L'action du médecin contre le maître, pour soins donnés au domestique peut s'appuyer sur l'usage existant. Les honoraires pour soins donnés au serviteur doivent être réclamés à son employeur. (Cour de Lyon, 15 nov. 1898. Sirey, 1899. 2. 101.) et sur l'obligation contractée par l'intermédiaire qui fait appel à un médecin pour donner des soins à une personne demeurant chez lui et à la guérison de laquelle il a un intérêt tout au moins moral. (Cass., 4 déc. 1872. Sirey, 1872. 1. 430. — T. civ. de Lille, 1 déc. 1898. *Nord Jud.* 99, p. 121. — T. de Chartres, 30 déc. 1903. *C. Méd.*, 16 janv. 1904. — T. de la Ferté-St.-Aubin, 8 janv. 1903. *C. Méd.* 11 avril 1903. — T. de paix de Courtenay, 2 mai 1902. *C. Méd.* 1902. — T. de paix de Peyrolles, 15 sept. 97. *Mon. des J. de paix*, p. 167. — T. de paix de Vassy, 29 déc. 82, *Gaz. du Palais*, 83. 2. 176. 2me partie, etc., etc.).

D. n° 1877. Dr M., à L. — Demande indication de jurisprudence. La renonciation à la succession de leurs père et mère ne libère pas les enfants de la dette contractée par ces derniers vis-à-vis du médecin. Les parents indigents, vivant chez les enfants et à la charge de ces derniers, ces derniers sont-ils tenus des soins médicaux ? Dans quelles conditions la femme peut-elle être tenue de soins médicaux donnés à son mari insolvable ? Envoyé les indications demandées.

D. n° 1879. Dr V., à B. — Contestations pour le règlement d'honoraires pour soins donnés à un ouvrier agricole sur appel du patron. — *Rép.* : Comme au n° 1869.

D. n° 1901. Dr G., à B. — Soins à une victime du travail agricole. — *Rép.* : Conseils comme au n° 1869 : Le confrère écrit : j'ai gagné mon procès en justice de paix.

D. n° 1923. Dr G., à L. — La créance médicale est portable et non quérable, ainsi que tous honoraires.

D. 1926. Dr W., à L. — Etablissement d'une note d'honoraires contestée.

D. 1927. Dr M., à S. — Un client français, débiteur, habitant l'étranger, de passage à Paris, est-il possible de

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Dr A. C. de F. *à Concours.* — Comme vous le dites dans le *Concours*, les mauvais confrères sont plus dangereux que les charlatans. Ces derniers s'usent plus ou moins vite. Mais le mauvais confrère surtout quand il est un homme intrigant et sans scrupule, est terrible. Un de vos clients mourra brusquement : il dit à la famille : « Si j'étais arrivé une heure avant je l'aurais sauvé » ; et la famille que le désespoir rend crédule s'anime contre le premier médecin quelque honorable qu'il soit, d'une haine irrémissible.

Non seulement on a perdu un client mais on a un ennemi, qui parle sans cesse à votre détriment et, ce qui est plus pénible, ne vous rencontre dans la rue que pour détourner la tête et vous faire sentir son mépris.

La puissance de ces mauvais confrères est énorme. Un enfant avec pneumonie étouffe depuis 4 jours. La mère affolée appelle le confrère extraordinaire qui vient de suite, seul, sans scrupule, change le remède quel qu'il soit, débine le premier médecin. Un ou deux jours après (défervescence normale) l'enfant est guéri ; il l'a sauvé... le premier médecin le tuait.

Vous souffrez d'une contusion, on vous a donné de l'eau blanche, mais la douleur persiste. Le lendemain, on appelle le phénix : il dit

Suite page VIII.

le faire citer devant le juge de paix de son domicile de passage ? Notre avocat a répondu directement au confrère.

D. n° 1885. Dr V., à la M.-d'I. — A la mort du débiteur la dette se divise entre les héritiers et, dans le cas particulier, entre tous les enfants.

D. N° 2033. Dr A. à Le H. — Poursuite en paiement d'honoraires. Note exagérée, prétend le débiteur ; désignation d'experts médecins ; critiques légères des experts. *Rép.* : Le tribunal réduit la note et condamne les deux parties chacune à la moitié des frais qui, en raison de l'expertise et des enquêtes, sont assez élevés. Il est certains cas où le médecin a tout intérêt à transiger avec le client.

D. n° 2041. Dr D., à P. — Dame sans enfants décède sans testament. Quels sont mes débiteurs ? — *Rép.* : Les héritiers, chacun pour une part. Adressez-vous au notaire chargé de la liquidation en lui adressant une lettre recommandée, dites-lui qu'il n'ait à se dessaisir d'aucune somme sans vous avoir désintéressé.

D. n° 1740. Dr L. D. S. — Engagement pris par un président de Société de Secours mutuels de faire rémunérer le médecin pour des soins donnés à des malades ne faisant pas partie de la Société de Secours mutuels.— *Rép.* : Il est personnellement responsable.

D. n° 1745. Dr M., à M. V.— Demande des formules à faire signer aux tiers qui font appel au médecin pour bien établir, sans contestation ultérieure, leur engagement personnel. — *Rép.* : Donné la formule.

D. n° 1913. Dr B., à R. — Une personne me fait donner des soins, chez elle, à un jeune homme atteint de fièvre typhoïde. Le malade guéri, à ma note envoyée à son adresse cette personne me répond qu'elle ne me doit rien car le jeune homme, fils de sa maîtresse, n'est pas son fils. Comme il a fait soigner ce malade sous son toit et sous son nom, c'est lui que je poursuis, devant le juge de paix. — *Rép.* : Envoyé document de jurisprudence visant l'engagement du tiers qui fait appel au médecin.

D. n° 1930. Dr G., à A. — Le docteur a une action contre le frère et la sœur, héritiers de sa débitrice. Les arrangements survenus entre eux ne lui sont pas opposables .

D. n° 1947. Dr S., à A. — Soins à une femme séparée de biens ; le mari a fait saisie opposition sur ce que sa femme possède. Qui me paiera ? — *Rép.* : La femme est votre débitrice.

D. n° 1982. Dr B., à M. — Le débiteur qui oppose au paiement de sa dette une mauvaise foi évidente et de « mauvaises difficultés » est passible de dommages et intérêts. Le jugement qui applique cette *pénalité* doit en exposer les motifs.

D. n° 2001. Dr B., à St.-A. — Demande un avis à propos d'un jugement de juge de paix. Le père indigent, l'obligation des enfants au paiement des soins médicaux n'a pas été reconnue. — *Rép.* : Notre conseil judiciaire considère ce jugement comme susceptible d'appel.

D. n° 1963. Dr J.A, à B. — Nous soutenons notre confrère dans un pourvoi en Cassation pour défendre le principe que le médecin qui en appelle un autre à son aide pour pratiquer une opération, est responsable des honoraires de ce dernier et a mission de les réclamer au débiteur.

D. n° 2105. Dr B., à B. — Soins à un employé ; le maître prétend que l'employé a payé le médecin et déclare ne rien devoir. — *Rép* .: Vous pouvez faire la preuve de l'engagement du Maître par témoins, par présomptions et surtout en vous basant sur l'usage. Quant au paiement fait par l'employé, il importe que le défendeur en fasse la preuve.

D. n° 1760 *bis*. Dr G., à L.A.— Les conventions passées entre les héritiers ne sont pas opposables au médecin qui a donné des soins à la personne décédée ; il conserve tous ses droits vis-à-vis chacune des personnes ayant participé à la succession.

D. n° 1788. Dr A., à V. — Réclamation d'honoraires pour soins aux ascendants d'une personne, la note est contestée devant le juge de paix qui réclame le détail de la note et la comparution personnelle. — *Rép.* : Obéissez au désir du juge, vous n'aurez pas de peine à démontrer la réalité de votre créance ; vos agendas de poche, qui n'ont pas été établis pour les besoins de la cause, plaideront en faveur de vos légitimes droits.

D. n° 1735. Dr G. à H. — Soins donnés au mari indigent ; la femme refuse de payer en renonçant à la succession. — *Rép.* : La femme est tenue, si l'indigence du mari est démontrée, en raison de la dette alimentaire inscrite comme obligation du mariage. « Les époux se doivent mutuellement aide et protection ».

D. n° 1760. Dr G., à L.-A. — Conditions dans lesquelles s'établit la dette alimentaire. Elle pèse directement sur les débiteurs de l'obligation telle quelle résulte des art. 203, 205 et 212 du C. C. La créance doit leur être réclamée, non à titre d'héritiers, mais comme débiteurs directs. (Voir *Concours*, année 1905, p. 95. — *Ibid.* année 1902, p. 455. — *Ibid.* n° 11 février 1906).

D. n° 1797. Dr L., à C. — Le père qui a fait donation à ses enfants et touche une pension alimentaire suffisante pour assurer son existence dans les conditions ordinaires, prétend être dans l'impossibilité de payer le médecin qui lui a donné des soins à l'occasion d'une fracture grave. *Rép.* Les enfants sont tenus de cette dette considérée comme dette alimentaire. *Concours* 1902 ,n° 28, p. 455. Tribunal de Paix d'Annonay, 2 octobre 1897. — *C. Méd.* 1890, n° 39, 29 sept. p. 467. — *Gaz. des Trib.*, 25 sept. 1904. — *Le Droit*, 16 juin 1904.

D. n° 1938. Dr P. à C.-s.-A. — De l'obligation des enfants vis-à-vis des parents. Note envoyée pour être publiée au journal.

Accidents du travail. — Contestations d'honoraires. — Discussions de tarifs.

D. n° 1732. Dr O., à L. S.-I. — Soins à un accidenté agricole. La Compagnie d'assurance désigne un médecin, le patron un autre. Le patron, seul responsable vis-à-vis du médecin, choisi par lui, se débrouillera avec son assureur.

D. n° 1735. Dr E. P. — Contestation d'honoraires pour soins donnés à un garçon d'hôtel, appelé par le patron. Survient l'assureur qui conteste immédiatement le chiffre des honoraires établis cependant au tarif ouvrier local.

D. n° 1735. Dr E.-P. — Accident d'automobile. Mêmes contestations que pour le n° 1735. Le médecin a reçu deux accomptes du blessé. *Quid agendum* ? Poursuivre le blessé pour le paiement du reste de la dette, c'est à lui à appeler en garantie, l'auteur de l'accident.

D. n° 1736. Dr B., à P. — Contestation d'honoraires Acc. du trav. Interprétation fantaisiste du tarif ministériel applicable aux médecins spécialistes.

D. n° 1737. Dr L., à K. (Guinée). — Contestations pour le paiement d'honoraires pour soins donnés à des victimes du travail, enfin définitivement réglées après 3 ans d'attente.

D. n° 1740. Dr L. Ch. S. — Le médecin n'a aucun lien de droit avec l'assureur du patron, il doit donc s'abstenir de toute discussion de ses honoraires avec ce tiers qui s'interpose toujours. On ne peut obtenir quoi que ce soit qu'en agissant directement contre le seul responsable, le patron.

D. n° 1755. Dr A., à H. — Deux certificats sont réclamés à l'occasion d'un accident du travail ayant entraîné la mort ; l'un par la police locale, l'autre par l'assureur du patron. Doit-on faire payer les deux ? — *Rép.* : Le 2e certificat n'étant que la copie du 1er, il serait abusif de faire payer une copie le prix de la minute.

D. n° 1757. Dr P., à N. le R.-A — Contestation du prix des certificats dans les assurances agricoles. La Compagnie d'assurance du patron ne consent à payer que deux francs, suivant le tarif Dubief, qui saurait ne être invoqué dans l'espèce.

D. n° 1791. Dr D., à P. — Le médecin peut légitimement réclamer des honoraires avant la cessation du traitement et ainsi choisir le juge compétent. Jugement obtenu avec le concours du *Sou Médical*. Le médecin est parfaitement en droit de réclamer ce qui lui est dû à chaque visite ou après chaque intervention, et il n'est nullement tenu de laisser s'accumuler les honoraires afférents à tout traitement.

D. n° 1792. Dr B., à P. — Demande de fixer les conditions d'application du tarif kilométrique. Le choix du moyen de transport appartient au médecin et le débiteur serait mal venu de ne vouloir payer que le prix du moyen de transport le moins onéreux sous le prétexte que le médecin aurait pu l'employer.

D. n° 1793. Dr B., à V. — Le tarif Dubief imposé dans tous les cas par une Compagnie d'assurance en violation, de l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail.

D. n° 1794. Dr L., à L. — Un blessé du travail après un 1er pansement fait par le médecin pour une plaie de tête ayant donné lieu à une perte de sang très appréciable, est envoyé par son patron faire les courses nécessaires pour la déclaration de l'accident. Le blessé en route, perd connaissance, tombe et se fracture la jambe. Le confrère soutenu par le *Sou Médical* a obtenu

un jugement qui lui donne entière satisfaction en lui assurant le paiement de ses honoraires contestés.

D. n° 1806. Dr B., à P. — Note d'honoraires contestée par les assurances. Vérification de mémoires établis conformément au tarif ministériel.

D. n° 1807. Dr P., à N. — *Ut supra.*

D. n° 1809. Dr S., à St-L. — *Ut supra.*

D. n° 1812. Dr D., aux A. — Le durillon forcé est-il accident du travail ? Répondu en envoyant au confrère toute la jurisprudence qui l'admet (Pabon, Traité pratique des Justices de paix, etc.).

D. n° 1796. Dr P., à B. — Contestation à propos du prix de la visite à B... Toutes les déclarations ont cependant été faites. *Rép.* : notre commissaire n'a pu obtenir gain de cause et le nom de votre commune n'a pas été inscrite à l'*Officiel*, comme devant être comprise au nom de celles où le prix de la visite médicale, malgré le chiffre de sa population, inférieur à 5000, pouvait être porté de 1.50 à 2 francs.

D. n° 1824. Dr B., à S.-A. — L'assurance, au cours du traitement, demande de compléter le certificat initial et prétend ne rien devoir pour cela.

D. n° 1832. Dr S., à St-L. — Contestations d'honoraires, conseils. Le confrère nous annonce quelques jours plus tard, qu'après les démarches que nous lui avons conseillé de faire auprès du patron, ce dernier a pris par écrit l'engagement de le payer.

D. n° 1825. Dr B., à A. — Un blessé est cité devant le tribunal pour se concilier devant le Président sur la fixation du prix de la rente. La Compagnie d'assurances prétend qu'il est consolidé. Il n'est pas transportable. Qui doit payer le certificat que j'ai établi pour établir que le blessé n'est pas guéri et ne peut se rendre à la convocation ? — *Rép.*: Votre état de frais sera confié au blessé qui, lors du règlement de sa rente, fera attribuer par le jugement les frais à l'un ou l'autre, soit assurance, soit lui-même.

D. n° 1834. Dr Ch., à P. — Une Compagnie d'assurances prétend ne pas devoir payer une radiographie car la tarification de cette intervention de l'homme de l'art n'est pas prévue au Tarif ministériel ; — *Rép.* : Le tarif est muet, il est vrai, raison de plus pour taxer, après discussion amiable, le prix de cette intervention.

D. n° 1835. Dr R., à S. — Une Compagnie d'assurances me réduit une note de 11 francs sous prétexte que je suis le médecin ordinaire de l'ouvrier et bien que le patron m'ait adressé lui-même le malade, avec une pièce signée de lui. — *Rép.* : Assignez patron et ouvrier en réclamant vos 11 francs, le juge devra faire le départ entre les frais incombant au patron et ceux incombant à l'ouvrier. S'il adopte la manière de voir de la Compagnie, ce qui est cependant et très évidemment contraire aux termes mêmes de la loi. Vous verrez qu'il n'osera pas le faire. — Le résultat prévu s'est produit dès que le médecin, sur nos conseils, a manifesté le désir de porter la question devant l'arbitrage désigné du juge de paix.

D. n° 1849. Dr D., à P. — Les cantonniers communaux étant assujettis à la loi sur les accidents du travail, les communes sont responsables des honoraires médicaux en cas d'accidents survenus pendant ou à l'occasion du travail.

D. 2006. Dr M., à P. — Ancien médecin d'assurance désabusé, après avoir résilié son engagement, soigne les blessés qui le sollicitent au Tarif Dubief. Contestation de ses mémoires, plainte au Parquet, enquête de justice. Le confrère a notre appui et réclame le paiement intégral de ce qui lui est dû. *Sub judice lis est.*

D. 1871. Dr B., à P. du C. — J'ai délivré deux certificats descriptifs pour une victime du travail, on me les conteste, que faire ? — Assignez le patron du blessé devant le juge de paix qui est l'arbitre désigné par la loi.

D. 1872. Dr P., à N. le R. — Une Compagnie d'assurance ne veut me payer mes déplacements au tarif kilométrique qu'à l'aller seulement prétendant que les termes : « *Calculés en allant et revenant* », signifient : *A l'aller seulement.* — *Rép.* : Allez devant le juge en assignant le patron et il vous sera facile de lui faire constater la... logique de son assureur. Sur simple assignation on est venu payer le médecin intégralement et sans retard.

D. 1887. Dr V., à L. — Contestations d'honoraires, accident du travail. - On conteste l'origine de l'accident.— *Rép.* : La preuve testimoniale est admise, tâchez de le faire établir. Mais mis en œuvre, c'était au patron à vous avertir dès le début. C'est en définitive au patron que vous avez fait confiance, c'est ce qu'il faudra plaider pour obtenir le paiement de ce qui vous est dû.

D. 1887. Dr V., à L. — *idem.* — Dans le second cas on conteste également l'origine, mais cependant le patron a payé le demi-salaire pendant tout le temps de chômage causé par la blessure. — *Rép.* : Vous pouvez poursuivre, dans ce dernier cas, car le paiement du demi-salaire était pour vous une présomption suffisante.

D. n° 1888. Dr C., à B. — Le confrère écrit : « Dans notre pays industriel, tous les médecins ont consenti un forfait pour les accidents du travail. Aujourd'hui, sous prétexte de plus grandes facilités pour eux, les chefs d'industrie installent un médecin chargé de faire les certificats et de soigner ceux qui le voudront. — Que faire » ? *Rép.* : Profitez de la circonstance, puisque les conditions de vos engagements sont changées, pour revenir au régime du tarif ordinaire, en rompant le contrat forfaitaire.

D. n° 1895. Dr B., à P. du Ch. — On me conteste le droit, pour établir le diagnostic imprécis d'une fracture, de faire faire une radiographie et on me refuse le remboursement des frais que j'ai dû faire. — *Rép.* : Vous êtes le seul juge des interventions de ce genre et puisqu'on vous conteste le droit à ce paiement, allez devant le juge de paix, en faisant citer le patron et plaidez vous même votre cause.

D. n° 1903. Dr L., à L. — Contestation du prix de la visite d'après le tarif Dubief, malgré la déclaration démonstrative faite, conformément au décret. — *Rép.* : Nous avons cru, de bonne foi, comme vous, que la démonstration faite conformément au décret, serait suivie d'effet, hélas, nous avons été trompé et notre délégué à la commission tout le premier. M. Paulet, directeur du travail, est venu déclarer qu'il y avait mal donne.

D. 1906. Dr C., à B. — Le tarif Dubief n'est applicable qu'au seul cas où le blessé a fait choix lui-même de son médecin. (art. 4 de la loi).

D. 1909. Dr P., à S. — Un blessé de travail ayant besoin de pansements n'interrompt pas ses occupations ordinaires, qui doit payer les soins ?— *Rép.* : Le patron.

D. 1911. Dr B., à C. — Se plaint de « pistage » des ouvriers vers le médecin de l'assurance, comment y remédier. — *Rép*: : Les Compagnies d'assurances se plaignent du « pistage » des ouvriers vers certaines entreprises de soins médicaux. C'est elles cependant qui ont donné le mauvais exemple contre lequel nous protestons tous avec juste raison.

D. 1917. Dr A., à L. — Un blessé convalescent de fracture, tombe en s'essayant à marcher et il se produit une rupture du col. Quid de ce nouvel accident ? — *Rép.* : La complication, car il faut considérer ce nouveau traumatisme comme une complication de l'accident, est à la charge du chef d'industrie ; il en eut été de même si, au lieu d'une nouvelle solution de continuité de l'os, il eut eu un phlegmon par exemple.

D. 1925. Dr B., à C. — Conseils à propos d'une contestation d'honoraires, accidents du travail.

D. 1933. Dr V., à V.— Donnés indications pour poursuivre le recouvrement d'honoraires pour soins à des victimes du travail. Vérification du mémoire.

D. 1934. Dr C., à P. de P. —L'article « soins médicaux », n'est pas dans le commerce, et les assurances agricoles, qui en font trafic en n'assurant de ces soins que ceux qui s'adresseront aux médecins agréés par elles, abusent. Mais comment changer cela quand on voit les grandes administrations de l'État donner l'exemple.

D. 1944. Dr G., à A. — *Quid*, de la prétention, d'une Compagnie d'assurances d'envoyer au médecin le montant de sa note d'honoraires en la diminuant des frais d'envoi d'argent ? — *Rép.* : La note du médecin doit lui être payée en son cabinet et nette de tous frais.

D. 1949. Dr M., à les M. de V. — La Compagnie d'assurance fixe la date de la consolidation d'une blessure. Je conteste cette date, car le blessé a encore besoin de soins. Indiquez-moi la marche à suivre. — *Rép.* : La marche est indiquée par la loi elle-même. Art. 4 § 7.

D. 1950. Dr H., à P. — « Pistage » des accidentés du travail par un commis greffier de la justice de paix. — *Rép.* : Plainte au Parquet général. Le commis-greffier a été révoqué.

D. 1969. Dr T. à D. St-P. — Contestation d'honoraires accidents du travail. La Compagnie trouve la note trop élevée. — *Rép.* : Désigné par le patron pour donner des soins vous avez cependant consenti la réduction importante qui existe entre le tarif Dubief que vous avez appliqué au lieu du tarif local auquel vous avez droit. Vous avez donc fait une première concession. La visite doit être comptée en plus du pansement antiseptique, on vous le conteste. La protestation de la Compagnie ne se produit pas lorsqu'il s'agit du pansement simple, qui se cumule,

lui, avec la visite et n'est pas compté en plus. Pourquoi s'autorise-t-elle de l'opinion de *ses médecins*, eux qui consentent tous les rabais qu'on leur propose ?

D. 1959. Dr V., à L. — Un patron conteste le paiement d'une consultation entre médecins pour accident du travail, prétendant que cette consultation était inutile. — Poursuivez en soutenant que le médecin traitant est seul juge de l'opportunité des interventions de ce genre et que les provoquer quand il en voit la nécessité, est un devoir étroit.

D. 1960. Dr P., à le C. — Contestation d'honoraires à propos de soins donnés à un ouvrier atteint de phlegmon de la main. — *Rép.* : Documenté le confrère en donnant les indications nécessaires pour poursuivre. La Compagnie d'assurances faisant une offre insuffisante, nécessité d'aller devant le juge de paix.

D. no 1987. Dr B., à A.-M. — Jeune domestique blessée chez son maître assuré. Soins, à la réquisition du maître. Pour le paiement, on oppose le fait que cette jeune fille, indigente, doit être soignée aux frais de l'A. M. G. — *Rép.* : Opposez la responsabilité du maître et déclarez que vous ne sauriez réclamer à l'A. M. G., car cette jeune fille n'est pas inscrite sur la liste d'assistance, ou ne l'a été qu'après le traitement.

D. no 1990. Dr B., à B. — Contestations d'honoraires avec une Compagnie d'assurances qui prétend appliquer le tarif ministériel à tous les cas, même ceux où le patron a désigné et choisi le médecin vient le déclarer. — *Rép.* : Allez voir ce patron, et dites-lui que vous êtes obligé de l'assigner pour faire démasquer son assureur avec lequel vous n'avez du reste aucun lien de droit. »

D. no 1995. Dr F., à G. — « Les patrons, auxquels j'adresse mes notes d'honoraires pour accidents du travail, m'écrivent tous qu'ils transmettent mes notes à leur Compagnie d'assurances et je n'entends plus parler de rien, même après lettre de rappel. — *Rép.* : C'est le procédé habituel. Les compagnies comptent sur l'ennui et le préjudice que peuvent vous causer la poursuite en justice de clients influents et bien posés comme le sont les patrons en général, pour vous tenir ainsi en suspens et lasser votre patience. Combien de médecins ne déclarent-ils pas, en raison de ces difficultés, qu'ils ne veulent plus soigner les victimes du travail. C'est ce que désirent les Compagnies qui ne voudraient avoir que des médecins liés par des engagements.

D. no 1997. Dr F., à N. — Quelles sont les conditions nécessaires pour établir que le médecin a été choisi par le patron ? — *Rép.* : Voyez l'article de notre avocat Conseil sur ce sujet (*Concours Médical*, année 1906, no 7).

D. no 2008. Dr L., à N. — « Devant les contestations opposées au paiement de mes honoraires par la Compagnie d'assurances, je suis allé trouver le patron et lui ai exposé le litige. Il m'a payé et déclaré que du règlement avec l'assurance il faisait son affaire ». — *Rép.* : Dans bien des cas les médecins auraient tout avantage à faire les patrons arbitres des difficultés que soulèvent leurs assureurs vis-à-vis d'eux.

D. no 2009. Dr A., le H. — La radiographie faite à une victime du travail au cours du traitement est-elle une charge du patron ? — *Rép.* : La loi dit que le patron est responsable des FRAIS médicaux, elle ne dit pas *seulement des soins*.

D. no 2012. Dr C., à B. — Appelé pour un accident du travail par un des patrons du blessé, le confrère assigne ce patron, réclamant le paiement des frais médicaux. Sa note établie suivant le tarif local. Le juge de paix déboute le confrère et le condamne aux frais et déclare que la dette n'est pas due par un seul des patrons, mais par la Société formée entre eux, ce qui est juste. Mais déclare que le tarif ministériel est seul applicable en l'espèce, ce qui est contraire aux termes de la loi. Nous soutenons le confrère en appel de ce jugement.

D. no 2016. Dr de L., à S.-O. — Une Compagnie d'assurances déclare ne vouloir pas payer le docteur sans plaider !!!

D. no 2017. Dr L., à P. — Contestation d'honoraires Ac. du trav. L'assureur ne prétend payer qu'au tarif Dubief, bien que ce soit le patron qui ait requis le médecin !

D. no 2021. Dr B., à D. — Malgré de fréquentes réclamations, une assurance, sans contester ma note y oppose le silence le plus complet.— *Rép.* : Elle attend, sans nul doute, que vous poursuiviez en justice ; elle espère en tirer profit, vous ennuyer, vous obliger à indisposer un patron et au pire, n'y rien gagner, mais aussi n'y rien perdre.

D. no 2024. Dr V., à S. — Contestation à propos de l'application du tarif ministériel.

D. no 2029. Dr B., à A. — On me conteste le prix de radiographies faites à des accidentés du travail. Le plus curieux de l'affaire c'est que j'ai été payé déjà intégralement. — *Rép.* : Cela montre que les contestations sont de principe chez certains assureurs.

D. no 2030. Dr L., à B. — Veuillez me rectifier, s'il y a lieu, l'assignation ci-jointe devenue indispensable pour me faire payer pas l'assurance. — *Rép.* : Me Gatineau a fait le nécessaire et mis l'assignation au point.

D. no 2034. Dr D., à W. — Un phlegmon survenant chez un brasseur peut-il être classé parmi les maladies professionnelles ? — *Rép.* : Faites le juge de paix arbitre dans la question. Mais, s'il est possible d'établir que cette infection est survenue à l'occasion du travail, il est très vraisemblable qu'on ne pourra faire autrement que de la classer parmi les blessures dont les frais médicaux sont à la charge du chef d'industrie.(V.Pabon, Traité pratique des Justices de paix.)

D. no 2045. Dr J., à la S. — La hernie est-elle un accident du travail ? — *Rép.* : Elle l'est quelquefois. Donné indication à ce sujet.

D. no 2048. Dr C., à C.— Contestations de la note d'honoraires, rappel au tarif Dubief. — *Rép.* : Ce tarif n'est applicable que si vous avez été choisi par l'ouvrier.

D. no 2049. Dr N., à C. — Mis en œuvre par un patron pour donner des soins à son ouvrier, vous constatez que ce n'est pas une victime du travail que vous avez à soigner. Le patron fut avisé de l'incident par le malade lui-même. Vous réclamez vos honoraires au patron pour les soins donnés jusqu'à l'établissement de votre diagnostic définitif. On refuse de vous payer me dites-vous. Poursuivez sans aucune hésitation celui qui vous a mis en œuvre et dont vous vous êtes fait le défenseur des intérêts.

D. no 2053. Dr R., à V. — Ecrit : « Merci de vos conseils. Grâce à eux j'ai poursuivi le patron de mon blessé. Ce dernier, las de mon papier timbré, a mis l'assurance en demeure de me payer. J'ai reçu la visite d'un inspecteur qui m'a dit qu'on n'avait sérieusement examiné ma demande que sur les insistances du patron, que ma note était régulièrement établie, qu'on n'avait aucune objection à lui faire, et j'ai été payé intégralement. Pourquoi alors pendant près d'un an, cette même assurance a-t-elle protesté contre mes réclamations ?

D. no 2054. Dr T., à V. — Demande des indications pour établir sa note d'honoraires dans un cas d'accident du travail.

D. no 2060. Dr H., à L. — « Les soins donnés à un blessé atteint d'incapacité partielle permanente, et qui ont pour but de réduire l'importance de l'invalidité de ce blessé, sont dans l'intérêt du patron qui doit en être déclaré responsable. Ces soins *doivent être donnés* pendant la période où la rente est encore révisable. Le patron devant éventuellement bénéficier de l'amélioration produite par cette intervention lors de cette révision, qui diminuera le taux de la rente précédemment fixée par le tribunal ».

D. no 2061. Dr de F., de B.-P. — Contestation au sujet d'une note d'honoraires, établie conformant au tarif Dubief. Les visites et les massages, les visites et les pansements ne doivent pas toujours se cumuler. Une visite par exemple, ne serait comptée que pour 3 ou 4 pansements complets ou massages.— *Rép.* : Cette proposition de l'assurance est un véritable marchandage. Votre note est régulièrement établie nous vous conseillons de la maintenir.

D. no 2066. Dr M. à L. — Questions à propos de la révision du Tarif Dubief.

D. no 2073. Dr L., à F. — Mis en action par le patron le Dr n'a pas à établir sa note suivant les indications du tarif Dubief. S'il l'a fait, en consentant la réduction que comporte ce tarif sur le tarif ouvrier local, c'est pour éviter toute discussion. Il sera alors autorisé à réclamer des dommages et intérêts pour abus de la défense en justice commis à son égard par le chef d'industrie qui conteste de mauvaise foi et dans un but vexatoire et d'intimidation, une note régulièrement établie.

D. no 2069. Dr R., à S.-E. — Demande des indications pour interprétation du tarif Dubief et son application.

D. no 2080. D. M., à N. — Le certificat réclamé par le juge de paix pour faire une enquête complémentaire doit être payé, comme frais de justice, et avancé par le Trésor suivant les formes ordinaires.

D. nos 2090, 2093. Drs M., à N. et B., à P. — Conseils pour établir mémoires d'honoraires accident du travail.

D. no 2094. Dr B., à R. — Que faut-il entendre par pansement antiseptique complet. Les assurances con-

testent toujours. — *Rép.* : Pansements étendus ou non comportant l'emploi d'antiseptiques et des manœuvres pour désinfecter une plaie. Lavages ou pulvérisations, injection dans des trajets fistuleux, plaies anfractueuses, etc.,etc., c'est-à-dire pansement compliqué et demandant un temps plus considérable que le pansement antiseptique simple, qui comporte l'emploi d'antiseptique, mais d'une durée moins prolongée est cependant encore appréciable et qui n'est pas le cas pour le pansement simple, dont le prix se confond avec celui de la visite ou de la consultation.

D. 2095. Dr C., à P. — Questions à propos de l'interprétation du tarif.

D. 2016. Dr R., à L. — Un patron prétend se décharger des ennuis que lui cause le paiement d'une note d'honoraires pour soins donnés à un de ses ouvriers blessés et vous répond de vous débrouiller avec son assureur. — Répondez-lui que les conventions qu'il peut avoir avec son assureur ne vous regardent pas et que s'il y a des ennuis à avoir, ce n'est pas à vous qu'ils doivent incomber. Vous n'avez du reste aucun lieu de droit avec l'assurance qui n'est engagée que vis-à-vis du patron.

D. n° 1784. Dr M. à St-A.— Contestation d'honoraires avec une Compagnie d'assurances. Comme l'écart entre votre réclamation et l'offre qui vous est faite est peu importante,nous vous conseillons d'accepter la proposition qui vous est faite.

D. n° 1785. Dr T., à D. — Accident du travail causé par une machine à battre, mais non par le moteur. *Rép.* Fourni les indications nécessaires pour poursuivre le recouvrement des honoraires dus pour soins donnés à la victime.

D. n° 1785 (*bis*). Dr T., à D. — Ouvrier blessé par la foudre pendant la manœuvre de la machine à battre. qui est responsable des soins ? *Rép.* : Le tiers qui vous a fait appeler et qui avait un intérêt à la guérison de cette victime.

D. n° 1787. Dr N., à I. — Contestation à propos des soins donnés à une victime du travail adressé tout d'abord au médecin de la Compagnie d'assurances. Conseils et indications fournis.

D. n° 1810. Dr M.-M., à S. — Comment imposer aux assurances le tarif local ? — *Rép.* : 1° S'entendre avec les confrères ; 2° Exiger que les patrons vous désignent aux ouvriers blessés pour leur donner des soins et, pour éviter toute équivoque,exiger d'eux l'engagement écrit.

D. n° 1845. Dr P., à B. — Le certificat doit être descriptif toutes les fois qu'une blessure peut faire entrevoir la possibilité de complication ultérieure.

D. n° 1852. Dr L., à A. en O. — Contestation d'honoraires. Assurance agricole.

D. 1956. Dr Ch. à R. — Contestation à propos de la date de la consolidation d'une blessure. — *Rép.* : La victime ayant succombé des suites de son accident, l'indemnité pour incapacité temporaire doit être versée jusqu'au décès. (Ch. des req. 26 oct. 1903. Rec. spec. acc. du trav., 1903 p. 261.), si on oppose que la maladie qui a été soignée ne serait pas causée par le traumatisme, faire trancher la question par le juge de paix.

D. 1955. Dr F., à F. — Le conseil du *Sou Médical*, soutiendra en appel le confrère qui a obtenu gain de cause devant le juge de paix. Tarif ouvrier local appliqué à un accident du travail. Le médecin requis par le patron.

D. 1952. Dr M., à L. — Le bulletin délivré par le patron à l'ouvrier pour aller chez un médecin nominalement désigné sur ce bulletin engage le patron et le tarif Dubief n'est pas applicable. Jugé en justice de paix et en appel, le *Sou* a soutenu.

D. n° 1921. Dr O., à O. — Riposte à une proposition insuffisante d'honoraires faite par une Compagnie d'assurances-vie, pour rémunérer le certificat nécessaire à l'établissement des polices. — *Rép.* : Cette riposte a été publiée au journal.

D. n° 1826. Dr O., à St-L... — Les assureurs ne veulent dans tous les cas, même lorsque le patron s'est engagé en choisissant lui-même le médecin, que payer suivant le tarif Dubief.

D. n° 1840. Dr D., à la V. — Contestation d'honoraires à propos d'un certificat ; descriptif, 5 fr. ; dit le confrère ; sommaire, dit l'assureur, car la plaie n'intéresse qu'une région très peu étendue. — *Rép.* : Sur le vu du certificat demandé par l'assurance, il a été facile de déclarer qu'il était descriptif. Causée par un éclat de verre la blessure était de nature à entraîner de graves complications;de là, la nécessité de décrire la lésion pour avoir un véritable procès-verbal « état de lieux » chirurgical.

D. 1890. Dr B., à C. — Indiqué conduite à tenir à propos d'un blessé du travail atteint d'incapacité partielle et qu'il s'agit de conduire chez un spécialiste.

D. n° 2099. Dr de L., à S.-O. — L'objection à un mémoire d'honoraires. Acc. du trav. portant sur le massage compté en plus de la visite, a été porté devant le juge de paix. Le juge de paix n'a admis aucune réduction de la note du confrère mais le jugement est resté muet sur le point en litige.

D. n° 1746. Dr D., à A.-C. — Violation de l'article 4, par la Compagnie La. P. qui prétend appliquer le tarif bien que le médecin ait été choisi par le patron.

D. n° 1748. Dr D., à B.-L. — J'ai établi d'une façon régulière le prix de la visite à la classe ouvrière dans les localités que je dessers et l'*Officiel* est muet sur ma demande.

D. n° 1769. Dr C. à B.-N. Contestation avec les assurances pour l'établissement du taux de la visite.

D. n° 1815. Dr S., à T. — Communique un tarif local applicable aux accidents du travail. — *Rép.* : Ce que je critique c'est la multiplicité de ces tarifs ; il serait si facile de s'entendre et d'adopter le tarif dit de l'Union des Syndicats.

D. n° 1882. Dr D., à V. — Prétention d'une assurance d'appliquer le tarif Dubief dans tous les cas, que le médecin soit librement choisi par le blessé ou qu'il soit désigné par le patron. Interprétation contraire aux termes de l'art. 4 de la loi.

Liberté du choix du médecin.

D. n° 1853. Dr G., à B. — La liberté du choix du médecin inscrite dans la loi est bien mal comprise par les patrons qui toujours adressent leur blessé au médecin désigné par leur assureur sans s'inquiéter du médecin de l'ouvrier. Comment empêcher ces abus qui portent un préjudice considérable aux médecins libres ? — *Rép.* : Instruire les ouvriers de leurs droits par affiches et conférences. Le *Sou* tient des imprimés à votre disposition.

Interprétation des tarifs applicables aux opérations d'expertises médico-légales ou pour accidents du travail Tarification des fonctions administratives.

D. n° 1727. Dr C., P. l'E., E. — Quel tarif est applicable aux médecins des épidémies pour les opérations et déplacements que nécessitent leurs fonctions ? — *Rép.* - Il n'y a pas de tarif. Les médecins ne doivent pas se contenter d'*honneurs*, ils doivent réclamer du département *des honoraires* en rapport avec le travail qu'ils effectuent dans l'intérêt de tous.

Expertises. — Des conditions où elles doivent se faire. — Droits de l'expert.

D. n° 1830. Dr R. à Ch. — Un médecin ne faisant plus de clientèle peut-il être médecin légiste ? — *Rép.* : Il n'y a pas de raisons contre. Mais il devrait payer une patente.

D. n° 1795. Dr A., à A. — L'expert désigné par le juge, ou choisi par les parties, doit s'entourer de tous les renseignements utiles, exiger la communication de toutes pièces nécessaires pour l'éclairer. Les expertises doivent être faites après convocation des deux parties et autant que possible, en présence de tous les intéressés ou de leurs représentants.

D. n° 1870. Dr L., à B. — Requis par un commissaire de police pour examiner l'état mental d'une personne, que dois-je faire ? Puis-je refuser ? — *Rép.* : Vous rendre à l'appel du magistrat et lui déclarer que, en conscience, vous ne pouvez remplir la mission qui vous est confiée et qui est du ressort d'un spécialiste.

D. n° 2039. Dr F., à B. — Le fait qu'un a obtenu de son débiteur une reconaisssance de dette avec une garantie hypothécaire et qu'il a pris une inscription d'hypothèque conventionnelle sur les immeubles n'a pas pour résultat de lui faire perdre le bénéfice du privilège qui pourrait être attaché à sa créance pour soins médicaux. Mais ce privilège n'existe que pour les soins de dernière maladie donnés au débiteur lui-même et non pour ceux donnés à sa famille.

D. 1972. Dr R., à St-A. — Le privilège ne peut être admis,car les soins donné l'ont été, non au déconfit, mais à sa femme. Mais il y a possibilité de poursuivre la femme si elle est mariée sous le régime de la communauté.

D. n° 198 Dr S., à L. — Conventions entre un propriétaire et son fermier faisant disparaître l'actif de ce dernier en frustant le médecin de la garantie privilégiée pour soins de dernière maladie à la déconfiture du débiteur. — *Rép.* : Guidé par notre avocat nous avons engagé

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

qu'il ne faut pas cela, mais de l'eau boriquée, (il n'y avait pas de plaie). « Oh voyez, dit le public, le premier médecin s'était trompé » et vous avez un client de moins et un ennemi de plus.

Cette charlatanerie réussira si un de ces mauvais confrères, jeune et actif, tombe parmi des confrères sérieux et consciencieux qui au début veulent rester corrects quand même. Eh bien ! le mauvais confrère travaillera tant qu'il voudra, tandis que les bons perdront peu à peu tous leurs clients et ne gagneront plus de quoi vivre.

On se demande parfois si la déontologie, dans ce cas, et le désintéressement sont encore recommandables ! Il faut souvent beaucoup de courage pour rester honnête et je plains les médecins qui n'ont par eux-mêmes aucune ressource. Comme pour la plupart des professions, le médecin devra être riche pour pouvoir rester honnête homme.

P. S. Ci-joint 2 prospectus dont les voyageurs qui ont leur centre à X... inondent toutes les maisons.

Je vous prie d'agréer mes meilleurs souhaits.

Dr K. de C. à *Concours*. — J'ai lu avec intérêt le premier article du 27 octobre dans le *Concours*, et surtout votre conclusion :

« Mais alors c'est contre les mauvais confrères qu'il faudrait diriger les efforts de nos organisations de défense professionnelle ! ! »

Ces paroles-là renferment tout un programme, le programme des syndicats médicaux avec sanction. Sans cela rien à faire, comme je vous l'ai dit, et comme vous le savez par mon histoire, il y a jusqu'ici bénéfice de ne pas être syndiqué ou bien les mauvais confrères, comme les confrères que vous connaissez, s'en moquent publiquement, traitent toutes nos œuvres de *fumisterie*, et comme preuves à l'appui, citent le cas de K....

Aussi devant cette faillite, je commence à me désintéresser complètement de la question, en me disant que là où vous n'avez *pu* trancher le différent, personne n'y pourra rien. Il est vrai que la Mayenne est si loin de Paris ! !

Dr M. à T., à *Concours*. — Suivant votre conseil, j'ai

Suite page X.

notre confrère à plaider. Les frais se sont élevés à la somme de 1.000 francs qui ont été envoyés au confrère.

D. n° 1734. Dr F., à Q.-N. — Questions à propos d'une expertise faite à l'occasion d'un accident du travail. Demande de fixer le prix de son intervention dans l'affaire.

D. n° 1741. Dr L.,-L. — Expertise et autopsie ordonnée dans un cas de mort par accident du travail. Quel tarif appliquer et dans quelle condition ? — *Rép.* : Le Tarif civil est le seul applicable par la raison que les ayants-droit ont toujours l'assistance judiciaire. (Voir : Simon, Traité de l'Assistance judiciaire).

D. n° 1742. Dr B., St-L. — Tarif applicable à l'inspection des écoles. — *Rép.* : Le tarif par vacation, toujours en rapport avec le travail demandé, est le plus équitable.

D. n° 1750. Dr D., à B.-C. — Discussion et établissement d'un mémoire pour expertise civile.

D. n° 1758. Dr C., à R. — D. 1759. Dr S., à C. — D. 1844. Dr C., à B. — En matière d'expertise pour accident du travail quel tarif appliquer ? — *Rép.* : Le tarif civil pour les raisons invoquées plus haut (n° 1741).

D. 1981. Dr A., à A. — L'expert médecin appelé à déposer devant la Cour d'assises doit être taxé comme expert et non comme simple témoin.

D. 1894. Dr D., à S.-M. L'expert, désigné par le juge de paix dans votre différend avec une Compagnie d'assurances, vous réclame des provisions élevées pour procéder à son expertise. Vous vous refusez à payer. Avez-vous le droit de le poursuivre en dommages-intérêts pour entraver, par son retard, l'action de la justice ? La question pendante et non résolue a été solutionnée par l'assurance qui a fait le dépôt de la provision réclamée.

D. n° 1816. Dr T., à H. — Demande des conseils pour établir un mémoire d'expertise. Acc. du trav. — *Rép.* : Donné toutes les indications nécessaires.

D. n° 1829. Dr D., à B. — Le prix du certificat réclamé par l'assureur en cours du traitement par qui doit-il être payé ? — *Rép.* : Celui qui commande paye.

D. n° 1830. Dr R., à Ch. — Le médecin choisi par un blessé, est sollicité pour son client de l'assister au moment de l'expertise ordonnée par le Tribunal. Qui devra payer les honoraires du médecin pour cette assistance à l'expertise ? — *Rép.* : Le blessé, lui-même, jusqu'à présent du moins. Des démarches actives, sont faites pour assurer le paiement du médecin sans laisser cette charge à l'ouvrier.

D. n° 1889. Dr L., à N.-le-R. — Etablissement d'un mémoire pour opérations d'expertise médico-légale.

D. n° 1897. Dr C., à M. — On refuse de taxer mes dépositions à une enquête comme expert alors que j'ai été cité comme médecin, on ne veut m'offrir que la taxe de simple témoin sous prétexte qu'il s'agit d'un blessé du travail assisté judiciaire. — *Rép.* : Faites opposition à la taxe ; donné les indications nécessaires.

D. 2067. Dr F., à P. — Contestations pour le paiement d'un mémoire de Médecine légale. — *Rép.* : La question va être portée incessamment au Ministre de la justice par voie de requête remise en audience particulière du ministre.

Responsabilité médicale

D. 1726. Dr F., à S.-Y. — Un confrère qui avait délivré, un peu à la légère, un certificat médical, a été poursuivi en diffamation. Notre société est venue à son secours et a terminé cette affaire, qui eût pu devenir mauvaise, par une transaction amiable.

D. n° 1782. Dr B., à A. — Menaces de poursuites en dommages-intérêts, pour avoir fait interner un alcoolique délirant. Le *Sou Médical* a promis son appui qui n'a pas eu à se manifester, le malade n'ayant pas mis sa menace à exécution.

D. n° 1983. Dr R., à H. — D. n° 2237. Dr C., à C. — D. 2040. Dr B., à N. — La jurisprudence limite aux soins de la dernière maladie du failli le privilège de dernière maladie. La doctrine de Baudry La-Cantinerie est que les soins à la famille devraient également bénéficier du privilège. Mais de la jurisprudence à la doctrine il y a encore loin.

D. n° 1800. Dr B., à C. — Menaces de poursuites en dommages-intérêts. Femme opérée depuis dix ans, guérie, ayant repris les travaux des champs, a éliminé un instrument égaré dans le ventre au moment de l'opération. Le *Sou Médical* a promis son appui. La menace n'a pas été suivie d'effet.

D. n° 1900. Dr S., à D. — Diffamation et propos injurieux proférés par un client contre le confrère, qui a poursuivi en dommages-intérêts. L'affaire s'est terminée par une convention mettant fin à l'instance et par laquelle le diffamateur s'est engagé à faire cesser les propos diffamatoires, à payer les frais et à verser 500 francs de dommages et intérêts.

D. n° 2015. Dr D., à C. — Les certificats nécessaires pour obtenir l'internement des aliénés sont des pièces confidentielles et le médecin ne saurait être tenu de dommages et intérêts pour violation de secret si des tiers, maires ou secrétaires de mairie, les ont communiqués et ont par conséquent trahi le secret. Condamné en 1re instance et en appel, le confrère est soutenu dans un recours en Cassation.

D. n° 2031. Dr D., à St-Ch. — Menacé de poursuites en dommages-intérêts pour avoir, prétend-on, méconnu l'avarie chez un nourrisson dont le confrère avait la surveillance comme médecin inspecteur des nourrissons. La plainte a été retirée? « N'ai-je pas une action contre ceux qui ont porté plainte contre moi? »— *Rép.* : Attendez la fin du procès engagé contre le père de l'enfant.

D. n° 2036. Dr C., à A.— Menacé de poursuites en responsabilité par des personnes que j'ai fait interner comme aliénés. — *Rép.* : C'est au demandeur à faire la preuve que le médecin a commis une faute lourde : Soyez tranquille on ne fera rien. Mais vous seriez soutenu dans le cas ou des poursuites seraient dirigées contre vous.

Responsabilité médicale du médecin engagée par les étudiants remplaçants et non régulièrement autorisés à faire des remplacements.

D. n° 1739. Dr B. à P. — Responsabilité encourue par le confrère et dont la cause est un remplaçant non muni de sa scolarité complète. 15 inscriptions, externe des hôpitaux. *Quid*, d'une demande en dommages et intérêts ? Faut-il s'arranger à l'amiable ? — *Rép.* : Attendez, serez soutenu le cas échéant.

Honoraires, frais de dernière maladie.

D. n° 1727. Dr R., à H. — Le privilège s'applique à la dernière maladie du failli ou déconfit, *quelle que* soit la nature de cette maladie, dans l'espèce la pelade.

D. n° 1731. Dr L., à B. S. I. — Soins à la femme du failli. Cette dernière peut être obligée à payer ce médecin de ses deniers.

D. n° 1833. Dr F., à M. — Le confrère, guidé et soutenu par nous, a gagné un procès. Honoraires de dernière maladie *contestés*.

D. n° 1831. Dr V., à P. — Faillite après décès du débiteur. Le privilège pour frais de dernière maladie, n'est pas contesté. La femme reconnaît au docteur, par une pièce écrite, le restant de la dette qu'elle s'engage à payer elle-même. — *Rép.* : Cette pièce ne vaut que par la bonne foi de la débitrice, faites transformer ce titre en titre plus régulier.

D. n° 1861. Dr P., à E. — Vous avez deux notes d'honoraires pour soins donnés à un failli, la 1re est pour soins de dernière maladie, elle est privilégiée. la 2e est pour soins antérieurs ; elle devra figurer au nombre des dettes de la faillite et vous sera payée au marc le franc, comme les autres créanciers.

D. n° 1908. Dr O. à P. — Conseils pour recouvrement d'honoraires en cas de faillite.

Exercice illégal de la médecine par les pharmaciens.

D. n° 1729. Dr S.-M. L.-O. — Pharmacien parcourant les campagnes avec automobile et distribuant des spécialités.

D. n° 1775. Dr C., à R. — Plainte contre des bandagistes. Demande de conseils pour poursuivre en exercice illégal.

D. n° 1932. Dr S., à B. — Il faut établir, en matière d'exercice illégal le délit d'habitude et par conséquent recueillir un certain nombre de faits, bien établis, pour avoir quelques chances d'obtenir condamnation contre un non-médecin.

D. 1958. Dr R.-M., à N. — Le pharmacien n'a pas à s'immiscer dans l'action des médicaments que le médecin prescrit, et en critiquer la forme ; s'il substitue d'autres substances à celles prescrites, il commet le délit d'exercice illégal de la médecine.

D. 1957. Dr B., à C. — Les sages-femmes ont-elles le droit de soigner les femmes pour les avortements. — *Rép.* : Ce droit n'est pas inscrit dans la loi, elles ne devraient régulièrement qu'assister les femmes au moment de l'accouchement normal. Petit à petit, elles ont envahi la gynécologie, et la médecine des nouveau-nés. Pour réagir, il faudrait l'effort unanime de *tous*, car les parquets voient cela d'un œil indifférent.

D. 1953. D. P., à B.—Exercice illégal de la médecin :

par un pharmacien à la consultation trop facile. — *Rép.* l'intervention du président du Syndicat local a remis les choses au point.

D. 1968. Syndicas de N. — Exercice illégal de le médecine par un pharmacien, étudiant en médecine.— *Rép.* : Mesures préventives à prendre auprès de la Faculté pour exiger la présence de l'étudiant, qui ne saurait être à la fois à la Faculté et à son officine.

D. 2026. Dr M., à St-D.— Exercice illégal de la médecine par un pharmacien.— *Rép.* 2° Donné des conseils et des indications pour porter plainte et demander des dommages et intérêts. (Affaire en cours.)

D. 2075. Dr L., à C.— Toutes les conventions entre médecins et pharmaciens pour l'exploitation de remèdes ou de spécialités ou d'une pharmacie sont considérés, dans l'état actuel de la législation, comme contraires à l'ordre public et la sanction de leur caractère illicite est le refus d'action en justice pour quiconque les invoque.

Exercice illégal de la pharmacie par les médecins

D. n° 2101. Dr C., à L. — « Puis-je continuer à faire de la pharmacie, un pharmacien s'installant dans la localité que j'habite, en m'établissant un domicile fictif dans une commune voisine ? — *Rép.* : Non, il ne faut pas tourner la loi, et vous seriez bel et bien condamné pour exercice illégal de la pharmacie si le pharmacien vous dénonçait au parquet.

D. 2076. Dr C., à B. C. R. — Exercice illégal de la Médecine par une sage-femme. Détermination du délit. Des contestations d'honoraires devant la justice avec ses clients peuvent-elles faire considérer cette créance comme illicite, quand ces honoraires ont pour origine le cas d'exercice illégal de la médecine ? — *Rép.* : Les dispositions des art. 1131 et 1133 du C. C., sont applicables et ont été appliqués dans des cas d'exercice illégal de la médecine, lorsque la créance avait ce délit comme origine.

Exercice illégal de la médecine

D. n° 1752. Dr D., à V. O. — Blessé du travail s'adressant à un rebouteur et refusant les soins du médecin appelé à constater seulement la blessure et faire le certificat. — *Rép.* : Laissez le blessé se débrouiller tout seul avec son patron qui refusera l'indemnité journalière et forcera le blessé à établir le cas d'exercice illégal devant le juge de paix où le rebouteur sera désigné. Le Syndicat pourra utiliser cette preuve contre le médicastre surtout si, d'autre part, lui vient des documents analogues, établissant le délit d'habitude.

D. n° 1771. Dr A., à A. — Conseil sur un cas d'exercice illégal de la médecine par un rebouteur couvert dans ses interventions par un officier de santé. L'officier de santé peut être poursuivi comme complice du délit.

D. n° 1814. Dr D., à V. — Signale un cas d'exercice *illégal* par un rebouteur et demande *conseils*. C'est un blessé du travail adressé par son patron à un médicastre.

D. n° 1857. Dr S., à B. — Signale l'exercice de la médecine par un officier de santé ? se disant docteur en médecine. — *Rép.* : Donner des conseils pour réprimer cet abus. Les seuls docteurs en médecine ses voisins ayant le droit de se porter partie civile, car l'usurpation du titre de docteur n'est pas un délit reconnu par la jurisprudence.

D. 1919. Dr P., à D'. — Indications fournies pour poursuivre un cas d'exercice illégal de la médecine et se porter partie civile aux débats si l'affaire correctionnelle prend une tournure favorable.

D. n° 1936. Dr D., à P.— Mêmes indications que pour le n° 1919.

D. n° 2004. Dr P. — Signale les soins donnés à des accidentés du travail par la femme d'un entrepreneur de travaux. Celle-ci fait tous les pansements et dirige les traitements à l'exclusion d'un médecin.

D. 1858. Dr B., à S.-L. — Officier de santé abusant du titre de docteur. Mêmes conseils que dessus.

Diffamations

D. n° 1730. Dr Th. D., St-P. — Diffamation opposée à une réclamation d'honoraires.

D. n° 11764. Dr D., à S.-P. A. — Diffamation par voie de la presse ; intervention de la Société. Le confrère a gagné son procès et obtenu dommages et intérêts.

D. n° 1765. Dr B., à B. — Diffamation par un masseur exerçant illégalement la médecine. *Quid* ? Poursuivez, par l'intermédiaire du Syndicat, en exercice illégal en apportant d'autres faits, et en raison des propos tenus, poursuivez-le en dommages et intérêts pour préjudice causé.

D. n° 1882. Dr G. à T. — Diffamation par presse locale. — *Rép.* : Après étude des documents, nous avons donné le conseil de ne pas aller en justice, mais d'user du droit de réponse inscrit dans la loi.

D. n° 1912. Dr C., à C. — Propos malveillants et diffamation opposés à demande de paiement d'honoraires . *Quid* ? *Rép.* : Pas d'hésitation, poursuivez, c'est le seul moyen de faire démasquer les gens qui ne sont audacieux que parce que vous semblez insensible à leurs attaques.

D. n° 1928. Dr D., à R. de G. — Diffamation par un pharmacien. — *Rép.* : Si vous êtes sûr des témoins qui viendront déposer à l'enquête, poursuivez devant le juge de paix en réclamant 600 fr. de dommages et intérêt de façon à pouvoir faire appel du jugement, s'il ne vous donne pas satisfaction.

D. n° 1956. Dr R.-M., à N.— Les propos injurieux tenus dans son officine par un pharmacien peuvent être considérés comme tenus dans un lieu public et, si vous trouvez des personnes qui consentent à en témoigner, réclamez des dommages et intérêts devant le juge de paix en limitant votre demande à 600 francs pour rester dans sa compétence.

D. n° 2031. Dr D., à St-Ch. — « Que faire contre des propos malveillants publiés dans les journaux locaux et par la presse Parisienne. Propos de nature à nuire à ma considération ». — *Rép.* : L'avis de notre avocat-conseil est qu'il n'y a pas lieu à poursuivre en dommages-intérêts, qu'il faut user de droit de réponse et offre en rédiger avec le confrère la note rectificative.

D. n° 2055. Dr M., à R. — Propos malveillants d'un confrère déterminant un débiteur à opposer à une réclamation d'honoraires une demande reconventionnelle de dommages et intérêts. — *Rép.* : N'hésitez pas, poursuivez votre instance et réclamez vous-même, des dommages-intérêts.

D. n° 2077. Dr D., à B.— Le patron en communiquant à son assurance les lettres que vous lui avez adressées et dans lesquelles vous manifestiez votre mécontentement du mauvais vouloir de son assureur et a motivé les poursuites dirigées contre vous par l'assureur peut-il être poursuivi en dommages et intérêts pour préjudice causé ? — *Rép.* : Nous ne le conseillons pas ; vous avez certainement raison mais, par suite de certaines circonstances de fait, la réussite de ce procès est trop aléatoire.

D. 2080. Dr G., à la F.-L. — En matière de délit, lorsqu'une personne condamnée à des dommages et intérêt est insolvable, on peut demander la contrainte par corps. C'est un excellent moyen de faire ouvrir les portemonnaies. Vous pourriez la demander, votre diffamateur vous paraissant peu solvable.

Prescription

D. n° 1733. Dr L. St-G., S.-O. — Prescription invoquée par un héritier débiteur, niant la dette en déclarant que la somme due a été payée par son parent décédé mais sans en apporter la preuve.

D. n° 1821. Dr D., à N.— Question, à propos des conditions dans laquelle la prescription peut être invoquée. Répondu en adressant au confrère l'article publié sur ce sujet par notre Conseil judiciaire, qui lui a adressé en même temps directement une consultation motivée sur son cas particulier.

D. n° 1856. Dr P., à A. — Le paiement d'un acompte interrompt-il la prescription ? Oui, si le reçu délivré comporte un arrêté de compte « Reçu de M. X. la somme de 00, acompte sur la somme de 00, qu'il reconnaît me devoir à ce jour. Lorsque la somme en vaut la peine, il serait bon d'inscrire ce règlement séance tenante, sur son livre et en échange du reçu, faire signer ce règlement par ce débiteur, avec les mots *lu et approuvé* précédant sa signature.

D. 1930. Dr G., à A. — Si l'héritier débiteur invoque la prescription, le juge de paix demandera s'il croit que la dette a été payée. La prescription étant basée sur une présomption de paiement, toutes les fois que les explications de la partie qui l'invoque donnent au juge la conviction que la dette n'a pas été payée, il doit écarter ce moyen.

D. n° 1875. Dr G. et D. 1942. Dr P., à le C. — En matière d'honoraires du médecin pour soins donnés aux victimes du travail la prescription s'établit-elle au bout d'un an seulement ou au bout de deux ans comme le dit la loi 1892, sur l'exercice de la médecine ? — *Rép.* : La théorie 1re est admise par certains assureurs en vertu de l'art. 18 de la loi, sur les accidents du travail. C'est à

notre avis une fausse interprétation car cet article ne vise que le droit pour l'ouvrier d'actionner son patron.

Détournement ou tentative de détournement de client par les assureurs et autres.

D. n° 1743. Dr P., à B.-H. — Menaces faites à un blessé du travail de ne pas payer ni les médicaments, ni les honoraires de médecin, de façon à l'obliger à se faire soigner par le médecin agréé par l'assurance. Le tribunal n'a pas admis le délit prévu par l'article 30. Appel non recevable car le cas a été jugé en dernier ressort.

D. n° 1803. Dr B., à C. — Détournements de clients indigents du cabinet du confrère par un maire de sa région, en violation du règlement départemental d'A. M. G. qui accorde à l'indigent le libre choix de son médecin. *Quid* ? Porter plainte au préfet en signalant les faits ; si satisfaction ne vous est pas donnée après lettres et, s'il le faut, démarches personnelles, avisez-nous, nous ferons le nécessaire auprès de la direction des services de l'A. M. G., au ministère de l'Intérieur.

D. n° 1866. Dr G., à T. — Une assurance agricole assure les soins médicaux aux blessés à condition que ces soins soient donnés par le médecin agréé par la société. Un blessé se fait soigner chez le confrère, l'agent vient le chercher pour le conduire au cabinet du médecin de sa Compagnie sous la menace de lui laisser payer son 1er médecin. Que faire ? — *Rép.* : Poursuivre l'agent en détournement de clientèle mais être bien certain que le blessé stylé ne viendra pas dire à l'audience qu'il a agi en pleine possession de sa liberté.

D. n° 1884. Dr D., à P. — La Compagnie P. O. prétend que son blessé du travail ne peut choisir un médecin qu'après avoir été consulté ou avoir été visité par le médecin de la Compagnie. — *Rép.* : Le chef d'industrie a le droit de se renseigner, la loi ne dit pas avant ou après la visite du médecin choisi ; en logique ce devrait être après, puisqu'elle indique le moyen de procéder pour mettre le médecin du blessé en rapport avec le médecin du patron.

D. 2007. Dr H., à C. — Demande des conseils pour intenter une action contre le détournement systématique de clients opérés par les Compagnies d'assurances.

D. 2059. Dr M., à C. — Un vétérinaire, circulant en automobile, blesse un enfant. Chez le pharmacien où l'enfant a été transporté, l'auteur de l'accident fait toutes les promesses de paiement possible, prend souvent des nouvelles du blessé, bref tout va bien, jusqu'au moment de l'intervention de l'assurance, qui plaide avec la mère de l'enfant, une malheureuse, et gagne le procès déclarant le vétérinaire non responsable de l'accident. Sur les conseils de son assureur, le vétérinaire refuse maintenant de payer quoi que ce soit. — Que faire ? — *Rép.* : Poursuivez solidairement la mère et le vétérinaire. (Affaire en cours). Aux dernières nouvelles, le juge de paix a débouté le médecin de la demande malgré un engagement écrit dont le juge n'a pas même voulu prendre connaissance. Nous étudions le moyen de faire casser ce jugement.

D. 1998. Dr S., à Ch. — Détournement de clientèle très caractérisé causé par un agent d'assurance. Le confrère a transigé sous des pressions locales, après avoir, sur nos conseils, introduit une instance en dommages et intérêts.

Société de secours mutuels. Libre choix du médecin. Médecins contrôleurs.

D. n° 1753. Dr A., à F.-O. — La Société de S. M, envoie tous les malades au médecin contrôleur avant de leur demander de désigner eux-mêmes le médecin qui devra les soigner. C'est un moyen de détourner la clientèle du cabinet des autres médecins. Les malades, avec la mentalité timide et asservie de la classe ouvrière, restent auprès du médecin contrôleur qui devient ainsi le médecin traitant.

D. n° 1831. Dr V., à P. — Une société de secours mutuels refuse de me payer mes honoraires, sa caisse est, paraît-il, vide, à qui m'adresser ? — *Rép.*: Poursuivez le Président devant le juge de paix.

D. n° 1965. Dr L., à S. — Commission médico-mutualiste d'arbitrage est acceptée en principe dans ma région. — *Rép.* : Donné indications pour fixer les bases de cette juridiction amiable.

D. n° 2035. Dr S., à P. — Conseils pour l'organisation d'une Société de secours mutuels. — *Rép.* : Les bases de pareille organisation doivent être : Libre choix du médecin, tarif à la visite, et arbitrage des différends par une commission mixte médico-mutualiste.

D. 2078. Dr P., le C. — Une société de secours mutuels, que vous ignorez n'ayant pris avec elle aucun engagement, vous offre une partie des honoraires qui vous sont dus par un de vos clients et vous demande de donner quittance pour solde, peut-elle vous obliger à vous contenter de la somme offerte ? — *Rép.* : N'acceptez que comme un acompte et réclamez ce complément de la somme due à votre débiteur. Il y a nécessité de l'avertir par une lettre recommandée dont vous gardez copie, de ce qui est intervenu entre la Société et vous, en le prévenant également que sa société ne le couvre pas complètement du risque frais médicaux.

D. 1973. Dr P., à O. — Le médecin a une action en paiement de ses honoraires contre la Société dissoute. Agir en faisant citer le président. Le faire de suite pour éviter la prescription.

Engagements. Contrats.

D. n° 1801. Drs M.-C. et S., à B. — Souscription à des polices d'assurances offertes, avec promesse du monopole de la clientèle de cette assurance. Cette clientèle étant nulle dans le pays, les confrères ont fait un métier de dupe. Est-il possible de résilier les contrats ? Notre conseil a répondu que les conditions de la police ont été remplies, puisque les 3 confrères ont reçu leur nomination de médecin de la Société, et que, dans ces conditions, ils doivent se considérer comme liés.

D. n° 1804. Dr F., à C. — Un médecin peut-il, dénoncer à une Compagnie d'assurances un traité par lequel il s'est engagé à donner des soins à des victimes d'accidents du travail, à un tarif inférieur à celui de la loi de 1898, parce que la convention serait contraire à la loi. (art. 30). — *Rép.* : Non, mais il peut renoncer au mandat (art. 1003 et 2007 du C. C.), en achevant les soins en cours.

D. n° 1811. Dr C., à M. — Que vaut l'engagement du patron stipulé sur les imprimés de la Compagnie d'assurances et me priant de donner des soins à son blessé. — *Rép.* : Nous pensons que cet engagement est formel et cherchons à le faire établir en justice. Cela entraîne forcément l'application du tarif ouvrier.

D. n° 2000. Dr H., à P. — Désigné comme médecin de colonisation en G., et après avoir occupé son poste deux années, est renvoyé en Europe sans indemnité autre que celle prévue par un congé auquel, il avait droit. — *Rép.* : Avons conseillé à notre confrère d'aller se plaindre au Ministre et d'intéresser à sa cause, sur nos recommandations, le groupe médical parlementaire.

D. n° 2020. Dr P., à A. — Engagement d'une municipalité vis-à-vis d'un médecin ; rupture de cet engagement avant l'expiration du terme prévu au contrat.

D. n° 1961. Dr S., à B. — Deux confrères, médecins d'une importante industrie, sont brusquement renvoyés avec une indemnité de trois mois de traitement pour faire place à un jeune médecin, amené dans le pays par les chefs d'industrie ; est-il possible de réclamer des dommages et intérêts ? — *Rép.* : Les règles qui régissent les engagements des médecins avec leurs clients sont celles du mandat. Le mandataire peut-être privé de son mandat sans indemnité. (Cours de Besançon). (Aux archives du « Sou médical ».

Assistance médicale gratuite.

D. n° 1799. Dr A., à M. — La commission départementale de révision des mémoires médicaux et pharmaceutiques a réduit votre mémoire sans entendre vos explications. Vous devez protester et demander à être entendu par cette commission, faites pour cela une démarche personnelle à la préfecture.

D. n° 1843. Dr L., à St-L. — Conseils pour le recouvrement d'une créance A. M. G.

D. n° 1876. Dr T., à D. — Que penser de l'administration qui réclame le diagnostic précis des maladies des indigents que nous soignons ? — *Rép.* : Elle n'y entend pas malice l'administration, il est vrai qu'elle ne tombe pas si facilement que vous sous le coup de la loi en violant le secret médical. Donnez des diagnostics généraux, fièvre, bronchite, courbature. On ne doit obligatoirement déclarer que les maladies contagieuses dont la liste a été établie par l'Académie de Médecine.

D. n° 1898. Dr B., à M. — Contestation à propos d'un mémoire d'assistance médicale gratuite. — *Rép.* : Protestez auprès de la Commission départementale. La difficulté réside dans le fait que vous n'êtes pas le médecin le plus rapproché, ce qui, du fait de l'indemnité kilométrique augmente dans des proportions très appréciables le prix de vos interventions.

D. n° 1928. Dr G., à E. — Difficulté à propos de l'ins-

cription sur la liste des indigents des membres d'une famille de 6 enfants à l'exclusion de certains de ces enfants très jeunes. — *Rép.* : Plaignez-vous à la préfecture et exigez l'inscription de tout ce monde sur la liste. Il est bon de faire des économies, mais ce n'est pas à vous à les payer.

D. 1856. Dr G., à B. — Refus d'assister un malade, réquisition du maire. Que vaut cette réquisition ? est-elle légale et régulière. — *Rép.* : Le maire agit comme représentant l' A. M. G. Vous serez payé par le maire, sur les fonds spéciaux de l'assistance départementale.

D. 1988. Dr L., à L. — Contestation au moment d'un règlement. — *Rép.* : Nous autorisez-vous à intervenir auprès du chef du service départemental au cas où les nouvelles démarches que nous vous conseillons de faire n'aboutiraient pas ?

D. 2063. Dr B., à C. — Le préfet me conteste mon mémoire d'assistance aux indigents, il réclame le détail de ma note. — *Rép.* : Vous ne pouvez vous y soustraire, fournissez donc le détail de vos interventions, visites et consultations.

D. 2070. Dr G., à L.— « Pour détourner l'attention de certains abus, le maire met sur mon dos les dépensess assez élevées du service pendant cette année, dépenses qui ne sont pas de mon fait. Que faire pour me disculper ».—*Rép.* : Exiger du maire une rectification publique ou les réclamer du préfet et demander que le public soit éclairé sur cette manière de faire.

Application de la loi sur la santé publique.

D. 1820. Dr G., à O. — Le confrère a critiqué la désinfection telle qu'elle est pratiquée par sa commune, en application de la loi. Cette critique, bien que fondée, à soulevé la colère du député, maire de la ville. Que peut faire le confrère pour se défendre ? — *Rép.* : Votre critique ne pouvant produire d'autre effet, c'était fatal, tel le bâton dans la mare aux grenouilles. Restez tranquille à moins que vous n'ayez les moyens d'être indépendant.

Hospitalisation des malades non indigents.

D. n° 1756. Dr B., à A.-O. signale une malade de situation moyenne,adressée par un confrère dans un hôpital pour y être opérée, alors qu'il était lui-même en pourparlers avec un chirurgien qui devait venir faire l'opération. — *Rép.* : Les médecins sont souvent complice de ces faits abusifs.

D. n° 1881. Dr P., à R.— « Soins donnés à l'hôpital à un accidenté d'automobile. Comment m'y prendre pour me faire payer de ce qui m'est dû? ».— Rép. : Joignez sans tarder votre mémoire à celui que fera la commission administrative de l'hôpital.

D. n° 1920. Dr M., à C. — Au moment où s'organise le service de l'hôpital de votre localité, tenez bon pour que vos honoraires pour soins à des hospitalisés non indigents vous soient accordés. Entendez-vous bien avec votre confrère, vous obtiendrez sûrement cette chose si simple et si légitime.

D. n° 2005. Dr V., à B. — Les dispositions de la loi sur les accidents du travail ne vous sont pas opposables car les ouvriers agricoles ne sont pas assujetis à la loi. Toutes les conventions passées avec l'hôpital, au point de vue de votre rémunération, sont donc licites si la commission administrative à fait, dans son règlement approuvé par le Préfet, des réserves pour assurer vos droits.

D. n° 2047. Dr L., à F. — Questions à propos de soins donnés à l'hôpital à un blessé de travail. Le médecin de service étant rémunéré par le patron qui s'était engagé verbalement à payer « ce qu'il faudrait ». Intervension de l'assureur qui refuse en application du « tout compris » de l'article 4 de la loi.— *Rép.* : Le cas n'est pas très favorable, ne conseillons pas de poursuivre en justice.

D.n° 1875.Dr G., à L.— Soins donnés avant les modifications apportées à la loi de 1898 par la loi du 30 mars 1906. Or, le règlement de l'hôpital de L.... autorisait le médecin à toucher des honoraires. Le Dr a donc le droit de les réclamer.

Contestations avec des officiers ministériels.

D. n° 1777. Dr O., à C. — Je ne puis rien obtenir d'un huissier qui a été chargé de me faire rentrer des honoraires.— *Rép.* : Portez plainte à la Chambre des huissiers en signalant le mauvais vouloir de cet officier ministériel.

D. n° 2003. Dr F., à E.—Adresse la note de frais d'un huissier qui, après vérification se trouve trés contestable.

D. n° 2052. Dr D., à D. — Plainte du confrère contre un huissier qui a distribué le produit d'un succession vacante, payant tout le monde sans se préoccuper de la note du médecin.

Cession de clientèle.

D. n° 1854. Dr L., à P. — Contestation à propos de l'interprétation d'un contrat de cession. Un médecin qui a cédé son cabinet peut-il accepter un service public dans le ressort de son ancienne clientèle, s'interdisant de faire de la médecine générale ? Des arbitres ont été choisis par les parties pour trancher le différend. Sans nouvelle du résultat définitif.

D. n° 1922. Dr W, à L.— Demande de conseils à propos du paiement d'une clientèle.—*Rép.* : Les conditions de cette cession et les obligations ont été régulièrement remplies.

D. 1975. Dr F., à G. — Vous vous plaignez de ce que le confrère, qui vous a cédé sa clientèle, n'a pas rempli ses engagements vis-à-vis de vous ; de votre côté, vous ne voulez pas lui verser le solde de ce que vous restez lui devoir. — *Rép.* : Si votre adversaire vous poursuit vous irez devant le tribunal et demanderez qu'une enquête vienne prouver le bien fondé de votre grief. Mais le mieux serait de provoquer un arbitrage régulier, entre votre confrère cédant et vous, pour régler ce différend avec les moindres frais possibles.

D. 1974. Dr F., à Ste-M. — Fourni au confrère les indications nécessaires pour établir un contrat de cession de clientèle.

D. 1951. Dr G., à J. — Contestation à propos d'une csssion de clientèle. Affaire réglée à l'amiable.

Secret médical.

D. n° 1780. Dr J., à M. — Un avocat dépositaire d'un secret médical peut-il dévoiler ce secret à l'audience. Cette question est d'ordre professionnel et ne saurait trouver une solution que dans les circonstances de fait qui accompagnent cette prétendus violation du secret. Le médecin détenteur d'un secret ne doit le confier à personne, car en agissant ainsi, il s'expose à être la cause de la divulgation, toujours à craindre.

Dr n° 1802. Dr M. à B.—Le médecin chargé par une Cie d'assurances sur la vie d'établir un certificat est un expert accepté par le postulant à une police d'assurance. Il doit donc dire tout ce qu'il apprendra par l'examen complet de l'impétrant. Il va sans dire qu'il devra se récuser si on lui demande d'expertiser une personne à laquelle il aurait donné des soins.

D. n° 1813. Dr P.-S,. à F. — Question à propos du secret médical ; demande de conseils pour diriger sa conduite en cas d'appel devant la justice. — *Rép.* : Tenez secret tout ce qui est secret de sa nature et que vous ne savez que parce que vous avez été appelé comme médecin.

D. n° 2051. Dr V., à P. — Question à propos du secret médical. On demande au docteur de déposer dans un procès en divorce .— *Rép.* : Se récuser en invoquant le secret et en déclarant : « Tout ce que je sais, je ne le sais que comme médecin et dans l'exercice de ma profession ».

D. n° 1841.Dr G.,à la F.-L.— Un maire viole-t-il le secret professionnel lorsqu'il donne lecture, en séance du Conseil, d'un certificat délivré pour l'internement d'un indigent ? — *Rép.* : Non, tout au plus la famille de l'intéressé pourrait porter plainte contre le maire si la communication a été faite devant des personnes étrangères à la commission du Conseil municipal. Du reste, il serait désirable que des communications de ce genre soient faites a veec recommandation de secret. Le médecin devrait écrire sur son certificat « *document confidentiel.* »

D. n° 1862. Dr C., à V. — Une femme accouche clandestinement et veut conserver son enfant. Quelle est la conduite à tenir pour assurer le secret qui vous est demandé. — *Rép.* : Votre devoir est de faire la déclaration à la mairie, et, si on l'exige, d'y présenter l'enfant. Pour que le secret soit assuré, il est impossible de dire comment vous devrez vous y prendre c'est affaire de circonstances et on ne saurait indiquer d'avance un *modus faciendi.*

D. n° 1883. Dr V., à S.— Un homme alcoolique, assuré contre les accidents, est atteint d'une entorse peu grave. Survient du delirium tremens, dont il meurt. Je pense que l'accident a été la cause déterminante de cette mort. La famille me demande un certificat ; la Compagnie un certificat détaillé, que dois-je faire ? — *Rép.* : Faire un certificat détaillé que vous remettrez ouvert à la famille.

D. 1946. Dr K., à St-P. — Vous avez eu tort de dire au maire ce que vous ne saviez, en définitive, qu'en raison

de votre profession de médecin. Vous n'aviez pas assisté à la naissance et n'étiez, légalement, obligé à rien.

D. 1980. Dr Ch., à P. — Le médecin d'une Compagnie de chemin de fer, qui examine les candidats qui désirent entrer comme employés dans cette Compagnie, est un expert et n'est pas tenu au secret vis-à-vis de celui qui se soumet à l'examen.

D. n° 2056. Dr E., à T. — Que penser du questionnaire sur les maladies antérieurement observées, sur les tares physiques que certaines compagnies d'assurances contre les accidents inscrivent sur leurs imprimés ? Le médecn peut-il remplir ces questionnaires sans violer le secret médical ? — *Rép.* : Ne pas répondre à des questions de ce genre est un devoir étroit.

D. n° 2072. Dr R., à Ste-G. — Demande conseil au sujet d'un certificat réclamé par des héritiers lésés par un testament. — *Rép.* : Ne délivrez rien. Ce que vous savez, vous ne le savez que parce que médecin.

D. n° 2079. Dr B., à C. — Le contenu d'un certificat confidentiel délivré par vous à l'intéressé a fait le tour de la presse locale exerçant un certain scandale. Vous demandez ce que vous devez faire dans la circonstance. — *Rép.* : Ne rien dire, ne rien faire. Vous n'êtes pas l'auteur de l'indiscrétion commise, nous vous défendrions si l'intéressé se retournait contre vous pour vous demander réparation des dommages causés.

D. n° 2089. Dr C., à St-A.-du-C.—Dans une affaire de coups et blessures, l'agresseur a demandé conseil au confrère médecin traitant de la victime et l'a prié de s'interposer pour arrêter l'affaire. Le médecin traitant peut-il témoigner ?— *Rép.* : Non.

Cession de clientèle.

D. n° 1790. Dr R., à V. — Cession de clientèle ; établissement du contrat de cession et fixation des bases d'un compromis. Cette cession ne pouvant être faite par le titulaire malade et incapable de prendre un engagement, l'engagement de la femme que vaut en semblable condition. – *Rep.*: L'administration des biens d'un aliéné appartenant de par la loi au directeur de l'établissement où est interné le malade, nécessité de faire intervenir ce directeur au contrat.

D. n° 2018. Dr S., à la F.-B. — Contestation à propos d'une cession de clientèle réglée d'après les conseils de Me Gatineau.

Impositions. Patentes.

D. n° 1747. Dr D., à P.— « La veuve de mon prédecesseur me réclame le remboursement de la cote personnelle et mobilière. » — *Rép.*: Vous ne devez rien à moins de conventions contraires prises au moment de la cesssio » de la clientèle.

Affaire particulière.

D. n° 1772. Dr G., à C. — Demande les conseils du « Sou » pour le guider dans une affaire personnelle de liquidation de succession litigieuse.

Conventions violées

D. n° 1825. Dr M.- c. Dr F., à P. — Le Dr F. s'est engagé à ne pas venir s'installer dans un rayon spécifié de la demeure du Dr M. qu'il a remplacé, et a rompu cet engagement en sollicitant la clientèle de ce dernier.— Répondu en donnant les indications et conseils pour obtenir des dommages et intérêts auxquels le Dr M. a droit.

Contestations avec les Compagnies de chemins de fer. Soins à des victimes. Accidents.

D. n° 1744. Dr L., à C.-M. — Accident à un voyageur. Médecin requis par les parents. *Quid*, de la responsabilité de la Compagnie ? Répondu : Ne connaissez que les parents qui vous ont mis en jeu,ils auront, eux, s'il y a lieu, recours contre la Compagnie de chemin de fer.

D. n° 1868. Dr G., à N. — Accident sur la voie. Requis par le chef de gare, le confrère soigne le blessé. Quand il présente sa note à payer on lui accorde le paiement des premiers soins, mais on conteste la suite par le motif que la Compagnie n'est pas responsable de l'accident arrivé par la faute du blessé. — *Rép.* : Si la Compagnie ne voulait pas s'engager au-delà des premiers soins, elle eût dû vous en prévenir. Ne le faisant pas, vous lui avez fait confiance et elle doit vous payer, quitte à se retourner ensuite contre le blessé. Allez devant le juge de paix, nous vous soutiendrons.

Droits des Syndicats.

Dr. 1939. Dr D., à B. — Les syndicats peuvent prendre dans leurs réunions de bureau ou leurs assemblées générales, des décisions aux termes desquelles les membres s'interdisent d'accepter toute collaboration, tout concours professionnel avec le confrère qui a enfreint les décisions du syndicat ou a manqué gravement aux règles de la délicatesse ou de la déontologie. S'il est membre du Syndicat, il devra être mis à même de fournir des explications sur les accusations portées contre lui. La pénalité régulièrement prononcée, on s'exposerait à des dommages intérêts en donnant à cette décision une publicité abusive. Il faut s'abstenir vis-à-vis des clients de tous propos de dénigrement ou de commentaires injurieux. Il va sans dire qu'en cas d'urgence où la vie d'une personne serait en danger par suite du refus d'assister le confrère banni, la résolution prise devra fléchir.

Arbitrages.

D. 1937. Dr R.-P. — Proposition d'arbitrage non suivie d'effet. Les pourparlers multiples n'ont pu aboutir à constituer le tribunal arbitral par la signature d'un compromis.

D. n° 1799. Dr P., à B. — Contestation avec un étudiant remplaçant. Proposé arbitrage amiable.

Inspection des enfants du premier âge.

D. n° 2048. Dr G., à B. — Nécessité de réformer les circonscriptions et de réclamer des émoluments plus en rapport avec le travail qu'exige parfois cette inspection.

Indemnité pour préjudice judiciaire

D. 1859. Dr A., à le H. — Remboursé au confrère des frais de justice induement appliqués dans un jugement en dernier ressort, l'appel étant impossible.

Déontogie

D. 2065. Dr B., à F. — Questions à propos de l'exercice par un docteur d'une spécialité dans diverses localités avoisinant une ville où il habite et pratique la médecine générale. — *Rép.* : L'exercice d'une spécialité est exclusif, au point de vue de la bonne confraternité de l'exercice de la médecine générale dans les localités où exercent d'autres médecins. Mais dans les localités où il n'y a pas de médecins, aucune loi, ni aucune règle déontologique ne peuvent empêcher un docteur en médecine d'exercer son art.

Conseils divers.

D. n° 1773. Dr L., à C. — Comment se libérer des engagements pris avec un mandataire infidèle ? — *Rép.* : Le mandat est révocable du fait de la volonté, soit du mandant, soit du mandataire et cela sans indemnité. Il n'en est pas de même du contrat.

D. n° 1774. Dr P., à D. — Contestation à propos de l'interprétation d'une police individuelle. La Compagnie, résiliant après un sinistre survenu au début de l'année, exige le paiement de la prime pour l'année entière. Il y a abus dans cette prétention, la prime représentant une assurance qui n'existe plus ne doit être payée que jusqu'au jour de la résiliation provoquée par la Compagnie elle-même. Prêts à soutenir ce principe devant le tribunal. la Compagnie a renoncé.

D. n° 1779. Dr R., à O. Conseils à propos de droits de succession.

D. n° 1780. Dr J., à M. — Conseils à propos des conditions de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.

D. n° 1783. Dr G., à P.-O. — Conseils à propos d'affaires d'intérêt privé.

D. n° 1805. Dr M., à la M. — Demande des renseignements confidentiels sur une société étrangère d'assurances sur la vie. Après recherches, répondu à la demande du confrère.

D. 1863. Dr P., à St-L. — Le confrère signale la « rosserie » d'un client qui ne paie qu'une part de sa dette laissant un reliquat de 15 francs. Il habite au loin,refuse de payer le reste.— *Rép.* : Abandonnez ; les frais à faire absorberaient la somme due ; passez par profits et pertes. Mais comme votre qualificatif est juste ! C'est bien dommage que ce type ne puisse être signalé aux confrères de sa localité nouvelle.

D. 1864. Dr D., à P. — Conseils à un confrère pour constituer un syndicat médical.

D. 1878. Dr C., à M. — Un médecin demande de lui indiquer les honoraires qu'il devra réclamer à l'occasion d'une intervention qu'il décrit.

D. 1880. Dr B., à B. — Conseils pour établir une note d'honoraires. Assistance d'un client pendant une opération.

D. 1886. Dr V., à B. — Conseils pour contracter une assurance individuelle.

D. 1893. Dr R., à V.-la-G. — Les cultivateurs exploitant leurs récoltes sont-ils tenus d'éclairer leurs voitures pour circuler la nuit sur les routes, et sont-ils responsables des accidents qu'ils peuvent causer en ne le fait sant pas. — *Rép.* : Les cultivateurs transportant leurs récoltes de leurs champs à leurs domiciles ne sont pas tenus à l'éclairage de leurs voitures agricoles, à moins d'un arrêté du maire de la commune le prescrivant. Leur responsabilité est une question de fait, ils doivent obéir aux règles de la circulation générale sur les chemins et se tenir sur la droite.

D. 1899. Dr G., à V.— Les chirurgiens dentistes ont-ils le droit de prescrire des médicaments ? — *Rép.* : Seulement ceux nécessaires au traitement des dents et des gencives. Ils ne peuvent cependant prescrire, ni pratiquer le traitement d'affections spécifiques, d'angines, etc. Ce serait de l'exercice illégal de la médecine.

D. 1907. — Dr L., à P. — Des conditions exigées pour la vente des sérums.Recherchés et envoyé les décrets réglant la matière.

D. 1904. Dr le B., à D. — Aidé le confrère à rechercher le responsable d'une dette.

D. 1970. Dr St-M., à L. — Conseils pour établir une note d'honoraires.

D. 1976. Dr R., à V. — Referendum auprès des chirurgiens et accoucheurs en évidence pour leur demander leur avis sur les conséquences de la perte de l'index de la main droite chez un accoucheur ou un chirurgien.

D. 1979. Dr Ch., à B. — Démarches auprès du sénateur du département pour obtenir réparation d'une injustice faite dans la répartition territoriale d'un service d'inspection des enfants en bas-âge.

D. no 1896. Dr C. à M. — Donné au confrère des indications pour régler amiablement un différend survenu entre lui et le Dr N., à l'occasion du règlement d'une note d'honoraires pour soins donnés à une parente du docteur C. héritier et réclamée judiciairement par le Dr N, après plusieurs demandes restées sans réponse.

D. no 1989. Dr D., à B. — La perte de l'index de la main droite est une perte sérieuse pour un médecin et le dommage causé doit être évalué beaucoup plus considérable que pour la perte d'un autre doigt. Il faudra le prévoir dans les polices accidents que devront signer les confrères, car les Compagnies d'assurances contesteront toujours si la chose n'est pas spécifié dans la police.

D. no 2013. Dr G., à M. — Un confrère réclame devant le juge de paix 20 fr. à un de ses clients pour avoir administré le chloroforme, c'est le prix du tarif. Le client offre 10 fr. disant que dans une intervention antérieure, un médecin ne lui avait réclamé que cette somme pour pareille intervention. Le juge de paix, trouve l'offre suffisante, mais suspend son jugement, que faire ? *Rép.* : Transigez, mais que les confrères rabaisiens rendent de mauvais services aux autres !

D. no 1922. Dr S., à P.-St-L. — L'installation dans ma localité d'un pharmacien va me priver du droit de vendre des médicaments. Que faire du stock, des médicaments et produits dont je suis approvisionnés ? — *Rép.* : Entendez-vous avec le nouveau venu pour les lui céder, il a tout intérêt à le faire et ce faisant vivre en bonne intelligence avec vous.

D. D. G., B., B., P., et R. — Que faire contre un factum publié contre les médecins. — Répondre serait faire de la réclame pour ce qui n'en vaut pas la peine.

D. 2043. Dr A., à O. — Que réclamer pour assurer le service de l'inspection des écoles ? — *Rép.* : Suivant le travail qui sera exigé de vous. Le principe d'être payé par vacation sauvegarde la situation et me semble devoir être conseillé.

D. 2044.Dr C., à la P. — De la réorganisation d'un syndicat régional. Les intérêts des médecins de la campagne ne sont pas les mêmes que ceux des habitants des villes. Nécessité de créer deux sections correspondant à ces intérêts différents.

D. no 2057. Dr C., à M. — Que penser de la prétention d'un agent d'une Compagnie de me faire passer à son domicile pour me payer ? — *Rép.* : Répondez-lui que la créance du médecin étant portable et non quérable, il ait à vous faire parvenir votre créance nette de tous frais.

D. no 2058. Dr S.-M., à L. — Donné à ce confrère le conseil d'accepter la transaction proposée par le juge de paix pour régler un différend existant avec le maire d'une commune à propos d'un règlement d'honoraires.

D. 2095, 96, 97, 98. — Conseils et renseignements divers.

D. 21202. Dr G., à L.-V. — Conseil pour poursuivre le recouvrement d'une créance d'honoraires par l'intermédiaire d'une nourrice contre les parents de l'enfant confié à ses soins.

D. 2103. Dr A., à B. — Demande des renseignements sur les attributions de suppléant de la justice de paix, fonctions pour lesquelles il est proposé.

D. 2104. Dr T., à St-F. — Questions au sujet de la validité d'un avenant de police d'assurance contre les accidents.

Démarches amiables peour recouvrement d'honoraires.

D. no 1751. Dr C., à M.-C. — D. no 1762. Dr S., à H.-S. — D. no 1776. Dr G., à N. — D. no 1836. Dr M., à C. — D. no 1839. Dr C., à S. — D. no 1905. Dr L., à C.— D. no 1916. Dr P., à B. — D. no, 1935. Dr D., à .P.-C. — D. no 1945. Dr R., à P. — D. no 2014. Dr Q., à L. — D. n. 2038. Dr P., à B. — D. no 2064. Dr T., à B., etc., etc., etc.

Cette énumération est loin d'être complète. Un nombre encore très important de dossiers n'a pas été décrit dans ce travail. Certaines affaires sont encore à l'étude, d'autres n'ont pas encore été solutionnées.

Votre secrétaire général n'a pas voulu produire ici une sèche nomenclature et a fait en sorte, que, dans chaque sommaire, le lecteur puisse trouver une indication. Il a donné, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée des notes de jurisprudence, et ce rapport, conservé en bonne place, pourra de la sorte être utile à consulter. Il démontrera, ce rapport, l'énorme effort de notre société et si le secrétaire général s'est trouvé parfois au-dessous de sa tâche il sera autorisé à plaider les circonstances atténuantes.

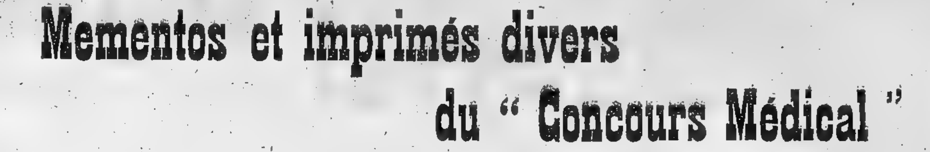
Dr DE GRISSAC.

N. D. L. R. — Nous publierons dans le prochain numéro, le rapport sur le fonctionnement de l'office de l'exercice illégal de notre confrère le Dr Levassort, que, d'ailleurs, certains de nos confrères ont pu lire dans le *Bulletin de l'Union des Syndicats.*

Membres nouveaux

MM. les Drs

1295. Lauradour, à St-Ouen (Seine).
1296. Noury P., à Rouen (Seine Inférieure).
1297. Bourlier, à Alger.
1298. Cosse, à Tours.
1299. Clément, à Paris, 115, rue St-Charles.
1300. Caffexie à Aniche (Nord).
1301. Poirier, à Is-sur-Tille (Cote-d'Or).
1302. Pernet, à Oyonnax (Ain).
1303. Lelong, à Nexon (Haute-Vienne).
1304. Biéreut, à Hellemmes-lès-Lille (Nord).
1305. Castans, à Moirans (Jura).
1306. Reymond, à St-Claude (Jura).
1307. Bourrud, à St-Claude (Jura).
1308. Perrin, à St-Claude (Jura).
1309. Meynier, à Septmoncel (Jura).
1310. Lafourcade à Beaune (Côte-d'Or).
1311. Terrien, à Varennes-sur-Loire, (Maine-et-Loire).
1312. Quesnot, à St-Mandé (Seine).
1313. Lafosse, St-Mandé (Seine).
1314. Mousson-Lanauze, à St-Mandé (Seine).
1315. Pognon, à St-Mandé (Seine).
1316. Conzette, à St-Mandé (Seine).
1317. Callamand, à St-Mandé (Seine).
1318. Nègre, à St-Mandé (Seine).
1319. Bourdon, à St-Mandé (Seine).
1320. Le Houx, a Montrichard (Loir-et-Cher).
1321. Truelle, à Paris, 84, boulevard Ornano.
1322. Dewesre, à Petite-Synthe (Nord).
1323. Nicollet, à Dortan (Aine).
1324. Savatier, à Cossé-le-Vivien (Mayenne).



Mementos et imprimés divers du " Concours Médical "

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

adressé à la P. une nouvelle note d'honoraires, basée sur la consultation à 1 fr. 50 ; la prévenant que si dans 15 jours elle ne m'était pas réglée, j'assignerais le patron. L'affaire en est là. Dans le cas où elle serait portée devant le Juge de paix pourrais-je avoir communication du jugement dont me parle votre lettre, concernant la consultation à ajouter au prix du pansement.

Je vous prie de me faire connaître les conditions d'admission au « Sou médical », ainsi que les statuts de cette société.

Ayant une nouvelle difficulté avec une Compagnie d'assurances, la P., je me permets de vous demander encore un conseil. Voici les faits.

Le blessé G, aide-maçon, au service de M. M., blessé le 3 août se présente à mon cabinet le 8 août. Je constatai: 1° une plaie contuse du pied que le blessé me dit être due à la chute d'une brique qu'il faisait passer à un autre ouvrier ; 2° un abcès de la main, que j'estimai être dû à un durillon forcé, mais que je mentionnai simplement sur le certificat : abcès de la main. Le blessé ne me cacha pas que son patron faisait des difficultés pour reconnaître son accident. Je lui donnai les soins nécessaires, et le reconnus apte à reprendre son travail le 26 août.

Après cela, prévoyant des difficultés, j'écrivis à l'agent de l'assurance pour lui demander si sa Compagnie prenait cet accident à sa charge. Sur sa réponse négative, j'envoyai une note d'honoraires à l'ouvrier et au patron, les prévenant que, faute du règlement de mes honoraires, je serais obligé de faire trancher le différend par le juge de paix.

Le patron communique ma lettre à l'assurance qui répondit que : 1° je n'avais pas reçu du patron de billet me priant de donner mes soins ; 2° l'accident ne semblait pas s'être produit au chantier, des témoins travaillant avec le blessé, déclarant n'avoir pas vu se produire l'accident, et le blessé ne s'étant pas plaint de l'accident au moment où il se serait produit.

Suite page XII.

1325. Maurat, L., à Saints (Seine-et-Marne).
1326. Chaudet, à St-Jammes (Sarthe).
1327. Parot, à Marcigny (Saône-et-Loire).
1328. Chaignot (A.), à Gien (Loiret).
1329. Boullet, à Sully-sur-Loire (Loiret).
1330. Mallet, à Paris, 41, rue Tolbiac.
1331. Renault, à Bessé-sur-Braye (Sarthe).
1332. Verrier, à Sillery (Nord).

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Le Dentu.

Les emphysèmes en chirurgie.

Nous avons eu dans les salles, ces jours-ci, un malade, dont le cas est instructif. Je veux parler de cet homme chez lequel j'ai fait une tentative pour parer au renversement d'un anus artificiel. L'anus artificiel en question avait été pratiqué il y a quelque temps comme palliatif d'un cancer inopérable du rectum. Il s'est renversé et j'ai été amené à intervenir contre cet accident. Malgré les précautions prises, une complication s'est déclarée. Nous avons vu survenir un phénomène particulier, à savoir la production de gaz, avec infiltration à grande distance. L'infiltration n'était pas localisée à l'abdomen; elle intéressait également le thorax, le cou, où l'on percevait la crépitation spéciale de l'emphysème. Or, cet emphysème n'était pas facile à interpréter : était-ce de l'emphysème septique ou de l'emphysème simple ?

Habituellement, l'infiltration de gaz septiques est accompagnée de modifications des téguments qui sont d'une teinte rose-rouge, bronzée. Les gaz dépassent quelquefois les limites de la zone rouge, mais sans s'étendre très loin. D'autre part, nous découvrions sur le thorax du malade une incision qui y avait été pratiquée; l'air inspiré pouvait se trouver ainsi repoussé, à chaque mouvement expiratoire, dans le tissu cellulaire, selon le mécanisme habituel de l'emphysème traumatique. Dans ces conditions, l'idée d'une infiltration de gaz d'origine septique venant du foyer intestinal s'est éloignée de ma pensée et je me suis arrêté au diagnostic d'emphysème traumatique simple.

A cette occasion, je désire vous parler des emphysèmes en général, considérés au point de vue chirurgical. C'est une question actuellement assez compliquée, comme vous allez le voir.

D'après son étymologie, le mot emphysème veut dire insufflation. C'est un terme vague, qui ne nous limite pas, et auquel nous avons le droit d'appliquer la signification conventionnelle que nous voulons.

L'emphysème est caractérisé : ou par une infiltration de gaz provenant d'une cavité, ou par une infiltration d'air, ou par une exhalation de certains gaz. Ce n'est pas la nature du gaz qui caractérise l'emphysème, ce sont les circonstances et le mécanisme de l'infiltration ou de l'exhalation.

Cette manière de comprendre la question permet d'éliminer un grand nombre de maladies, dans lesquelles on rencontre des gaz, telles : les tumeurs gazeuses, le pneumothorax, la physométrie, les pneumatoses articulaires, etc. Tout cela n'est pas de l'emphysème.

Les tumeurs gazeuses s'observent au voisinage de la trachée et au voisinage du crâne. Il existe des tumeurs enkystées contenant de l'air, en communication avec le canal trachéal. Chez certains individus, par usure des parois osseuses, au niveau des sinus frontaux, ou de la mastoïde, il peut se produire un passage assez brusque d'une petite quantité d'air dans les couches sous-cutanées. Ce passage de l'air (toujours en faible quantité) dans le tissu cellulaire s'accompagne d'une condensation des tissus du voisinage et de formation d'une tumeur, accolée au crâne (pneumatocèle cranienne). Ces lésions ne rentrent pas dans les emphysèmes.

De même, le pneumothorax, le pneumopéricarde, le pneumopéritoine, l'accumulation de gaz dans l'utérus — ce qu'on appelle la physométrie, généralement due à l'infection — ne sont pas des emphysèmes.

De même, l'accumulation, possible, de gaz dans une articulation. J'ai eu l'occasion de vous parler déjà d'un blessé que j'ai soigné pendant la guerre de 1870; il était atteint de plaie septique, de tétanos, et il présenta une pneumatose du poignet droit. C'est là de la décomposition des tissus avant la mort, les tissus eux-mêmes exhalant en ce cas des gaz septiques. Il vaut mieux détacher ces faits de l'emphysème.

Il y a bien d'autres cas encore où l'on voit se produire des gaz et où il ne convient pas d'employer le mot emphysème. Tels, par exemple, dans les abcès gazeux. J'ai observé plusieurs fois des abcès gazeux. J'en ai vu dans le foie. J'ai communiqué à l'Académie de médecine l'observation d'un rein gazeux.

Donc, l'expression d'« emphysème » doit être réservée aux lésions provenant du passage, dans le tissu cellulaire, de l'air ou de certains gaz venant de cavités ou de l'extérieur.

Quelles sont les circonstances où l'emphysème vrai peut se produire ? C'est, assez généralement, à la suite de plaies de l'appareil respiratoire, c'est-à-dire de plaies du sac lacrymal (qui communique avec les fosses nasales), du pharynx, du canal laryngo-trachéal — pour cette raison, il ne faut jamais suturer une plaie du cou intéressant la trachée ou le larynx — de plaie du poumon, par instrument piquant, tranchant, ou fragment de côte

Mon maître Richet avait émis l'opinion que l'emphysème sous-cutané était impossible s'il n'y avait pas adhérences entre la plèvre et la paroi thoracique. La clinique a peu à peu restreint les limites de ces conclusions. J'ai observé, pour mon compte, l'emphysème sans adhérences. Retenez que, si les adhérences facilitent la production de l'emphysème, elles ne sont pas une condition *sine qua non*.

Il y a des ruptures, des déchirures du poumon qui ne sont pas traumatiques. Elles sont dues à des efforts de toux, chez les coquelucheux, les bronchitiques, à des efforts simples, chez les femmes qui accouchent par exemple. L'effort donne lieu à une rupture des vésicules pulmonaires. Lorsque la rupture se fait du côté des gaînes conjonctives vasculaires, l'infiltration peut arriver au cou et s'extérioriser. L'effort joue quelquefois aussi un rôle adjuvant dans les cas de plaie. Si le blessé s'agite, se contracte, l'effort intervient pour chasser plus vigoureusement l'air dans les couches sous-cutanées.

L'emphysème est parfois centripète. Dans les

plaies profondes de l'aisselle, l'air peut pénétrer dans le médiastin. De là une cause d'asphyxie, qui complique l'emphysème sous-cutané.

Autre variété d'emphysème vrai : celui observé à la suite de fractures du nez, des sinus. Un petit emphysème par infiltration, de la paupière supérieure, est un bon signe de fracture du nez. De même, une infiltration sous le cuir chevelu peut se voir dans les fractures siégeant au niveau des sinus frontaux.

Ces emphysèmes sont plus ou moins abondants. On les a divisés en petits et grands emphysèmes.

Que devient l'air répandu dans les couches sous-cutanées ?

Demarquay a essayé de faire des analyses d'air insufflé dans le tissu cellulaire d'animaux vivants. Il a constaté que cet air se décomposait rapidement. Il y avait absorption d'oxygène et exhalation abondante d'acide carbonique. Puis, l'acide carbonique était repris, disparaissait, et on voyait l'oxygène réapparaître. Enfin, au bout de quelque temps, c'est l'azote qui dominait. Dans le résidu gazeux, on constatait, finalement, 9/10e d'azote et le reste d'oxygène et d'acide carbonique. Je viens de me servir d'une expression assez suggestive. J'ai dit que l'oxygène était absorbé et qu'il y avait exhalation d'acide carbonique. Il s'ajoute donc, au fait mécanique (le passage de l'air dans les tissus), des phénomènes vitaux. Ceci m'amène à vous parler de certains emphysèmes dits par « exhalation », qui occupent une place intéressante dans ce groupe morbide.

On sait qu'il est des microbes qui ont la propriété de sécréter des gaz. Ces microbes sont nombreux et, depuis quelques années, on s'est aperçu que, en dehors des saprophytes gazogènes habituels, bien d'autres espèces microbiennes étaient capables de sécréter des gaz septiques. Dans les gangrènes, les septicémies, on peut voir ainsi de l'emphysème : c'est ce qu'on a appelé l'emphysème septique. Je n'insiste pas sur ces lésions que j'aime mieux dénommer : gangrène gazeuse et septicémie gazeuse.

Il y a autre chose. Desault dit avoir observé, un jour, une tumeur gazeuse de l'aisselle à la suite de la réduction d'une luxation de l'épaule. Si le fait était isolé, je comprendrais que, malgré l'autorité de Desault, on fit le silence autour de ce cas. Mais il y a eu d'autres faits analogues. Un auteur a vu se produire, après un traumatisme (une chute d'un étage élevé) des ampoules contenant des gaz. Sous l'influence du choc, de la commotion, il s'était fait une exhalation de gaz. Morel-Lavallée rapporte que, chez un de ses malades, au quinzième jour d'une fracture de la rotule, sont apparues successivement une première tumeur gazeuse, à la cuisse, sans continuité avec la blessure, et une seconde à la cuisse opposée. Si on lit le « Traité de pneumatologie » de Demarquay, on y trouve cette phrase : tous les chirurgiens ont observé, à la suite de contusions, la production de gaz. Je vais intervenir à mon tour dans le débat. J'ai vu plusieurs cas de ce genre. J'ai traité un individu atteint de fracture de la jambe gauche. Le jour même, je fus frappé par le développement de l'articulation du genou. Je percutai et constatai de la sonorité : il y avait des gaz dans le genou. Le lendemain, tout était disparu. J'ai vu également, deux ou trois fois, dans des foyers de fracture bi-malléolaire, apparaître un gonflement spécial, un emphysème par exhalation qui n'a pas grande tendance à se développer.

Ces cas-là, quoique rares, doivent être connus. Il faut, à côté de l'emphysème par infiltration, admettre un emphysème par exhalation.

Je n'insisterai pas sur les caractères cliniques des emphysèmes, sur la crépitation très fine fuyant devant le doigt, qu'ils déterminent. La crépitation des fractures et la crépitation sanguine ne fuient pas ainsi devant le doigt.

Ces infiltrations gazeuses peuvent aller très loin. L'emphysème peut être centripète. L'air, suivant la gaîne de vaisseaux, gagne quelquefois le médiastin, dans d'autres conditions le globe de l'œil, etc. Cette pénétration intérieure de l'air n'est pas, on le conçoit, sans danger ; elle gêne le poumon, contribue à l'asphyxie.

D'une façon générale, ces emphysèmes guérissent assez bien. Ordinairement, on n'est pas obligé de mettre en œuvre les mouchetures et les incisions auxquelles on a recours quand l'emphysème est menaçant. On fera en sorte, il va sans dire, que la source de l'emphysème soit tarie : s'il y a plaie au thorax, à l'aisselle, on pratiquera de la compression Il sera quelquefois utile de procéder au débridement de la plaie.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Un nouvel antiblennorrhagique

Le Sektal
Ether Camphorique du Santalol β

Le Sektal est un nouveau composé chimique défini résultant de l'éthérification du santalol β par l'acide camphorique.

Tous les médecins connaissent les inconvénients du santal. Aux doses thérapeutiques ordinaires, on le voit souvent provoquer des renvois désagréables à odeur révélatrice, et même des troubles gastro-intestinaux tels qu'une soif vive, une brûlure à l'épigastre, des nausées, des vomissements. En outre, il produit, dans la région dorso-lombaire, des douleurs parfois très violentes, et, du côté des reins, des phénomènes congestifs plus ou moins intenses ; ces troubles peuvent aller jusqu'à provoquer l'albuminurie et même la néphrite.

D'autre part, l'essence de santal est très variable dans ses effets, ce qui s'explique par l'inconstance de sa composition et par les falsifications fréquentes auxquelles donne lieu son prix élevé. On falsifie avec l'huile de ricin, l'oléo-résine ou l'huile volatile de copahu, l'essence de cèdre, le baume de gurgun, etc. Non seulement ces substances surajoutées sont une source d'inefficacité, mais encore un certain nombre des inconvénients du santal sont imputables à l'action de ces mélanges.

D'ailleurs, lors même qu'elle est absolument pure commercialement parlant, l'essence de santal n'est qu'un mélange de produits multiples et variables, et non pas un corps simple et défini. Parmi ces produits, deux alcools seuls, les santalols, représentent le principe actif ; comme leur proportion dans les différentes essences varie entre 25 et 90 pour cent, il en résulte que l'action du médicament est très inconstante. En outre, à côté des santalols, le santal contient des carbures terpéniques auxquels il doit en grande partie ses effets nocifs.

Le santalol, corps nettement défini et toujours égal à lui même, a l'avantage d'être débarrassé des carbures terpéniques : c'est pourquoi on l'administre en nature aux lieu et place de l'essence de santal. Mais par suite de son insolubilité d'une part, en raison de la présence dans sa formule de

l'oxhydrile alcoolique caustique d'autre part, il trouble la digestion et exerce une action irritante sur le conduit gastro-intestinal et sur les reins.

Le Sektal possède sur l'essence de santal et le santalol des avantages qu'il est facile, après ce qui précède, de mettre en évidence.

C'est l'éther camphorique du santalol. Cette éthérification se produit par l'intermédiaire de l'oxhydrile alcoolique du santalol ; ce dernier groupe n'étant plus libre, l'action caustique disparaît par cela même.

Le santalol :

$C^{15}H^{23}$ — (OH) (Oxhydrile caustique).

est éthérifié grâce à son groupement oxhydrile et à un des groupements carboxyles de l'acide camphorique :

C^8H^{14} < CO^2H (Carboxyle éthérifiant l'oxhydrile caustique). / CO^2H

On obtient :

C^8H^{14} < $CO^2 — O — C^{15}H^{23}$ / CO^2H (Carboxyle libre permettant la fixation d'un alcali qui solubilise le corps).

Corps qui est soluble en milieu alcalin grâce à la présence du second carboxyle CO^2H) de l'acide camphorique resté libre ; ce second carboxyle est salifié par les bases du conduit intestinal.

Par suite de cette solubilité, le Sektal est normalement assimilé au niveau du tube digestif sans amener aucun des troubles provoqués par l'essence de santal et le santalol. Dès son arrivée dans le duodénum, il se transforme en santalylcamphorate de soude, soluble dans les liquides de l'organisme et passe directement, sans décomposition, dans le torrent circulatoire. Là, sous l'influence des ferments hydrolysants du sang, il se dédouble, comme nous allons le voir, en ses deux composants.

Cette décomposition du Sektal dans l'organisme est comparable à celle de l'aspirine, par exemple. On sait, en effet, que l'aspirine (éther acétique de l'acide salicylique), sous l'influence de ferments hydrolysants, subit une décomposition lente et continue en ses deux composants, l'acide salicylique et l'acide acétique. C'est à la lenteur et à la continuité de cette décomposition que l'organisme doit précisément d'être, d'une manière incessante, sous l'action de petites doses d'acide salicylique ; c'est ce qui permet d'éviter les effets secondaires fâcheux des fortes doses de salicylate de soude.

De même, le Sektal libère d'une façon lente et continue, à petite doses sans cesse renouvelées, d'une part du santalol, d'autre part de l'acide camphorique. Ces doses faibles sont incapables de nuire, mais elles sont suffisantes pour produire l'effet thérapeutique cherché, parce que l'organisme en est littéralement et continuellement imprégné.

Pourquoi, pour éthérifier le santalol, a-t-on fait choix de l'acide camphorique ?

On a choisi l'acide camphorique parce qu'en même temps qu'il solubilise le santol et qu'il lui enlève sa causticité et ses inconvénients, il surajoute encore son action antiblennorrhagique dont l'appoint est loin d'être négligeable.

L'emploi du camphre comme anaphrodisiaque, celui du bromure de camphre contre les phénomènes douloureux du début de la blennorrhagie sont connus de tous les médecins. Tout récemment, Fürbringer a signalé les excellents effets curatifs des injections intra-vésicales d'acide camphorique (en solution aqueuse alcoolisée) contre la cystite avec fermentation ammoniacale de l'urine. Bohland a démontré que dans cette même affection on parvient, au bout de deux jours par l'administration de l'acide camphorique à l'intérieur, à faire disparaître, outre la fermentation ammoniacale, le besoin fréquent d'uriner, les douleurs, et parfois même les globules blancs dans l'urine. Ces observations ont été confirmées par Petteruti, qui a obtenu une guérison rapide par l'emploi de l'acide camphorique à l'intérieur. Jamais on n'a observé d'effets secondaires fâcheux.

Ces faits démontrent que l'acide camphorique agit pour son propre compte. Le Sektal est donc un composé synthétique dont les éléments constitutifs possèdent tous deux une action élective sur les muqueuses vésicale et uréthrale.

REPORTAGE MÉDICAL

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — *Hôpital des Enfants-Malades*, 149, *rue de Sèvres.*— Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur ce nouvel enseignement coordonné de la pédiâtrie qui sera fait par les Maîtres de l'Hôpital des Enfants-Malades. Cet enseignement technique, indépendant de celui de la Faculté de Médecine, ne pourra que le compléter utilement.

Dr Broca. — Les mardi et jeudi, à la consultation, examen et interrogatoire des malades par les élèves sous la direction du chef de service.

Le mercredi, à 10 h. 1/2, leçon clinique de Chirurgie infantile à la salle des Conférences, à partir du 13 novembre.

Dr Moizard. — Les mercredi et samedi, à 9 h. 1/2, examen des malades nouveaux et Conférences cliniques dans le service.

Dr Richardière. — Le jeudi, à 10 heures, salle Blache, démonstrations cliniques et examen des malades par les élèves.

Le mercredi, à 10 heures, consultation externe. Examen des malades (diagnostic et traitement).

Dr Variot. — Le lundi, à 10 h. 1/2, salle Gillette, Conférences d'Hygiène et de Clinique infantiles, à partir du lundi 11 novembre.

Le jeudi, à la consultation externe, de 10 heures à midi, Démonstrations pratiques de Clinique infantile.

Dr F. Terrien. — Ophtalmologie :

Le mardi, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, présentation de malades, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, examen de l'œil en médecine générale.

Les jeudi et samedi, consultations et opérations.

Service sanitaire maritime. — *Avis.* — Deux places de médecins de la santé sont vacantes aux ports de Pauillac et du Havre. Conformément à l'article 2 du décret du 9 novembre 1901, les candidats sont invités à produire dans un délai de *quinze jours* leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Les candidats doivent faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant : l'épidémiologie, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services.

Le traitement annuel est fixé à 2.400 fr. par poste.

Supplément à l'affiche de la Faculté concernant l'Institut de médecine légale. — Ce qu'on ne dit pas c'est que, à Paris, sur la liste des Experts du Tribunal civil ne figure aucun des 30 médecins-légistes sortis de l'institut depuis sa fondation ;

Dans les Justices de Paix les médecins experts sont choisis par le juge selon son bon plaisir. (Quand l'un de nous demande par lettre à figurer au nombre des experts de son arrondissement, le juge ne daigne même pas lui répondre) :

Dans les Commissariats de Police, chaque commissaire agit pour les constatations judiciaires comme le juge de paix pour les expertises : il prend le médecin qui lui plaît et ignore jusqu'à l'existence des médecins-légistes.

En Province, la situation est exactement la même.

Dans toute la France, deux médecins-légistes ont pu, grâce à leurs récriminations imposer leur inscription au nombre des experts des Tribunaux (Marseille, Versailles). L'un des deux au moins vous dira que son inscription fut toute platonique, les expertises continuent d'aller à qui elles ont toujours été ; le médecin-légiste n'a gagné que deux choses : la haine des experts qu'il a osé concurrencer et l'hostilité de tous les autres médecins.

Il est juste de dire qu'une ordonnance a paru l'an dernier (président Ditte) accordant aux médecins-légistes le monopole des expertises de justice de paix.

Cette ordonnance n'est pas restée en vigueur ; elle a été rapportée le lendemain (?)

Enfin, les professeurs de l'Institut font tous partie d'une Association amicale des Experts dont le but forcé — sinon avoué — ne peut être que de limiter l'essor de leurs élèves.

Les avantages procurés par l'Institut à ses élèves sont nuls, absolument nuls.

Qu'exige-t-on d'eux par contre ?

1° 400 francs de droits de scolarité (inscriptions, examen) ;

2° Pendant un an, 24 heures par semaine, 4 heures par jour, d'assiduité aux cours ou travaux pratiques avec contrôle efficace des présences ;

3° Enfin un examen qui dure plus d'une semaine et comprend entre autres choses 12 heures d'écrit (4 compositions de 3 heures) ; chaque épreuve étant éliminatoire.

Médecin qui allais te faire inscrire, vas-y maintenant si le cœur t'en dit !

Un groupe de médecins-légistes,
anciens élèves de l'Institut.

P.-S. — Un nouvel expert figure sur la liste récente *du Tribunal Civil* (oct. 1907). Il remplit la condition qui paraît exigée : celle de n'être point médecin-légiste. Tant mieux pour lui ; tant pis pour nous.

Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels. — M le Docteur Gairal a été élu représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels à la suite des élections du 13 octobre 1907.

Faculté et Hôpitaux

— M. Castex, chargé de cours, assisté de MM. Collinet, Rabé et Blanluet, reprendra le cours gratuit d'oto-rhino-laryngologie, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 17 novembre, à 3 heures.

Programme du cours : 1° Mardi, jeudi, samedi M. Castex : Présentation de malades ; 2° lundi, mercredi, vendredi, MM. Collinet, Rabé et Blanluet ; conférences d'oto-rhino-laryngologie. Les exercices pratiques ont lieu toute l'année.

Examen et traitement des malades par les élèves tous les jours, de 3 à 5 heures.

Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois est de 50 francs.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

— M. le Prof. Brissaud a recommencé ses leçons de consultation des maladies nerveuses, le mercredi 23 octobre, à 9 h. dans le salon de la salle Ste-Madeleine, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

M. le professeur Joffroy, commencera le samedi 16 novembre 1907 à 10 h. à l'amphithéâtre le cours de clinique des maladies mentales, de l'Asile Sainte Anne, et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le mardi 19 novembre 1907, à 10 h. du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants ; à la même heure.

— M. le professeur Pinard a commencé ses cliniques d'accouchement et de gynécologie le lundi 4 novembre, à 10 h. à la clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Chaque jour auront lieu des conférences théoriques et cliniques faites par MM. Gouvelaire, J. L. Faure, Wallich, Broca, Cazeaux, Mouchotte et Lacasse.

— M. le professeur Prenant a commencé le cours d'histologie le vendredi 8 novembre 1907, à 5 h. au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La cellule et les tissus ?

— M. Cyrille Jeannin, agrégé, a commencé ses conférences d'obstétrique le mardi 5 novembre 1907, à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Brissand a commencé, le cours de pathologie interne le samedi 9 Novembre 1907, à 6 h. au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Macaigne, agrégé, a commencé le mercredi 6 novembre 1907, à 3 h. au petit amphithéâtre de la Faculté ses conférences d'hygiène et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, a commencé le lundi 11 novembre, à 9 h. du matin à l'hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie tubage trachéotomie).

Seront admis à suivre cet enseignement les étudiants ayant 16 inscriptions et les docteurs en médecine. Chaque série de cours durera un mois. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 2), tous les jours de midi à 3 h.

— Une série de 30 leçons sur les maladies du foie a commencé, sous la direction du professeur Gilbert à l'hôpital Broussais et se continuera pendant les mois de novembre, décembre, Janvier et Février, tous les mardis et vendredis à 10 h. du matin. Ces leçons seront faites par MM. Garnier, Carnot, Lereboullet, Herschen, Lippmann, Jomier, Chiray et Villaret.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 47 Dimanche 24 NOVEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'actualité nous impose une division.

I

Aux assemblées générales du Concours, du Sou, de l'Amicale, de l'Union des Syndicats médicaux.

Nous nous bornerons presque à une sèche énumération,

Ce fut d'abord le vote de ce principe général que l'application du libre choix du médecin dans nos rapports avec toutes les collectivités (S. S. M., Compagnies d'assurances, Administrations) doit être subordonné à cette garantie donnée aux responsables, aux payeurs, que tous abus et litiges seront soumis à des commissions mixtes formées entre intéressés. (Rapport Vimont pour la mutualité. Rapport Diverneresse et Jeanne pour les accidents du travail. Rapport J. Noir pour toutes les collectivités).

Même unanimité pour la réprobation d'un groupement de médecins plus ou moins fonctionnaires de la Nièvre, se donnant pour idéal d'accaparer, de monopoliser les services publics en reconnaissant le droit du libre choix du médecin...... à l'Administration savamment sollicitée. Et partant de ce fait surprenant, détermination des conditions dans lesquelles doit se développer au contraire le programme social des Syndicats médicaux (Rapport Cézilly).

La nécessité de maintenir une agitation salutaire autour de la question de la réforme des études médicales et de l'enseignement lui-même, a conduit à décider la réunion d'un nouveau Congrès des Praticiens à Lille en 1908 (propositions Gassot, Coppens, Declercq). Le Comité de vigilance a été chargé d'en assurer rapidement la préparation.

Le Dr Millon nous avait conviés à solliciter la révision de l'article 5 de la loi sur la santé publique, qui impose au seul médecin l'obligation de déclarer les maladies contagieuses : nous avons voté ses conclusions.

Au « Sou Médical », on a décidé de faire l'expérience d'un office de recouvrements limité d'abord : 1° aux recouvrements sur les responsables prévus par les lois de mutualité, d'assistance, et d'accidents du travail ; 2° au département de la Seine.

A l'Amicale, le clou de la séance fut la création de la Combinaison D, qui, une fois ratifiée par l'A. G., au printemps prochain, assurera aux veuves et aux orphelins des participants une pension de droit d'un total de 600 francs.

II

Au banquet commun de nos Sociétés d'intérêt professionnel.

Là nous attendait une agréable surprise. Le repas avait été comme toujours plein de cordialité, d'entrain, de gaieté, ainsi qu'il convient à cette fête familiale.

Les présidents Gassot et Gairal venaient de porter au dessert la santé de nos invités, de tous les amis, conseils et collaborateurs.

On vit se lever le sympathique Directeur de l'hygiène et de l'assistance au Ministère de l'Intérieur qui déclara qu'ayant pris contact intime depuis deux ans avec nous, il venait, d'accord avec le Président du Conseil, apporter au corps médical représenté par ce banquet, *non des paroles vaines, non de vagues promesses, mais de formels engagements sur deux points spéciaux de nos préoccupations actuelles* : La protection des médecins d'hôpitaux contre les révocations arbitraires, et la révision de l'article 5 de la loi de 1902 étudiée la veille par l'Union des Syndicats médicaux.

Un souci de scrupuleuse exactitude nous oblige à faire contrôler par M. Mirman lui-même les termes dans lesquels nous transmettons à nos lecteurs les bonnes nouvelles qu'il nous avait apportées. On les trouvera au procès-verbal complet, c'est-à-dire au numéro 48 du journal : nos amis ne perdront rien à attendre.

III

Au Syndicat de la Seine.

C'est le dimanche 24 novembre que le Syndicat de la Seine va être appelé à se donner une charte nouvelle, charte conforme, dans sa lettre et son esprit, aux indications sociales d'aujourd'hui et de demain, conforme au mouvement syndical de la profession dans tout le pays, conforme surtout et aux grands intérêts du public et à la dignité médicale.

Nous avons lu, relu, épluché le projet de statuts né des travaux d'une commission qui consacra une vingtaine de séances à son élaboration. A l'œuvre de celle-ci nous avons eu l'honneur d'apporter un concours désintéressé. Nous devons à cette commission le témoignage public des scrupuleux efforts faits par elle pour éviter tout parti pris et toute réminiscence partiale des luttes passées. Elle a voulu seulement le progrès dans l'équité et la solidarité : les statuts en sont la preuve éclatante.

D'aucuns redoutent, paraît-il, que la tâche accomplie soit annihilée ou menacée à l'Assemblée générale par des discussions et des manifestations d'obstruction inspirées par des intérêts particuliers ou des attaques d'ordre personnel. Nous ne saurions partager ces craintes ; le bon sens du corps médical parisien en fait justice à l'avance. Ici, comme partout, la logique la plus élémentaire veut que, le régime ancien ayant été condamné, le régime nouveau soit loyalement essayé et jugé à *la pratique*. Elle veut même que l'application du système soit confiée aux hommes qui l'ont conçu, qui en ont prévu la portée.

Aussi nous ne doutons pas que tous les adhérents parisiens du Concours et de ses filiales ou alliées se fassent *un devoir absolu* d'aller, le 24 novembre, soutenir de leur vote la thèse ici en honneur et les hommes qui en sont les défenseurs les plus ardents et les plus dévoués.

Pas d'abstentions, pas de listes châtrées ; le futur conseil doit être homogène comme son programme si l'on veut que l'expérience soit probante.

VÆ SOLIS ! ! !

Tout Médecin a le devoir :

— De s'affilier au *Syndicat Médical de sa région*, groupement ? de défense professionnelle.

— De se rattacher soit à l'*Union des Syndicats Médicaux de France* (secrétaire : Dr Noir, 46, rue de la Clef, à Paris).

Soit à la *Fédération des Syndicats Médicaux de sa région* (*Sud-Est, Nord, etc.*), groupements organisés de défense professionnelle.

— De se faire admettre à l'*Association des Médecins de sa région* ou à l'*Association des Médecins de France* (5, rue de Surène, Paris), ou même à l'une et à l'autre de ces deux organisations de secours mutuels et d'assistance inter-confraternelle.

Tout Médecin a intérêt :

— A faire partie du «*Concours Médical*», 23, rue de Dunkerque, à Paris, et du «*Sou Médical*» (renseignements: Dr de Grissac, à Argenteuil), puissants groupements de défense inter-confraternelle.

— A étudier de près les statuts des *Œuvres de Prévoyance* (indemnité-maladie, retraite, etc.), patronnées par ces groupements et par l'Association Générale des Médecins de France. Renseignements au *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, à Paris.

Nous nous ferons un plaisir et un devoir de mettre ceux de nos Confrères qui le désireraient en rapport avec ces diverses œuvres de solidarité médicale.

N. D. L. R.

LA SEMAINE MEDICALE

Les injections massives de sérum antidiphtérique dans la Diphtérie

MM. Deléare, Minet et Bricout, de Lille, ont recueilli un grand nombre de faits cliniques concernant l'action du sérum de Behring-Roux sur les toxines de la diphtérie. Ils ont remarqué que, généralement, on était beaucoup trop timide dans l'emploi du sérum. Dailleurs, voici leurs conclusions :

Dans tous les cas suspects, et sans attendre le résultat d'un examen bactériologique pratiqué par le médecin ou par un laboratoire, il faut faire une injection *minima* et *en une seule fois de* 50 *cent. cubes* quels que soient l'âge du sujet et la forme de sa maladie.

Cette dose sera portée à 80 *cent. cubes* chaque fois que les signes laryngés prédomineront.

Suivant l'état général et local du malade, sans tenir grand compte de la température, en présence d'albuminurie, de signes relevant de troubles dans la circulation et de tirage laryngé, refaire le lendemain de la première injection une deuxième injection minima de 20 *cent. cubes*, de façon à atteindre très rapidement la dose de 100 *cent. cubes*, que nous considérons comme une moyenne au-dessous de laquelle il faudra rarement descendre.

Nous insistons une fois de plus sur l'innocuité absolue du sérum antidiphtérique, malgré les préjugés et l'avis des médecins, qui ne tirent pas tout le profit qu'ils devraient d'une des rares médications rationnelles, dont dispose la thérapeutique curative et préventive.

Les doses conseillées par les auteurs des traités de thérapeutique et par l'instruction qui entoure les flacons de sérum, sont, à notre avis, franchement insuffisantes pour assurer d'abord une guérison certaine et rapide, et ensuite pour mettre à l'abri des complications toxiques : néphrites, myocardites, paralysies, qui peuvent survenir au cours de la convalescence.

Le traitement local de la diphtérie doit être poursuivi dans le but de détruire les microbes du pharynx et pour assurer une antisepsie des premières voies respiratoires, qui évite les complications broncho-pulmonaires.

L'alimentation d'un enfant atteint de diphtérie peut être quelconque ; on la choisira aussi pauvre que possible en chlorures, pour ne pas surcharger la fonction rénale et laisser à cet émonctoire naturel la libre évacuation des produits toxiques. Les boissons seront conseillées larga manu.

En suivant ces conseils, on peut affirmer, dans la presque totalité des cas, même graves, et soignés alors que l'infection date de plusieurs jours, une guérison rapide, exempte de complications.

Opothérapie rénale.

M. le Dr Léon Arquembourg, de Lille, a étudié dans sa thèse l'action de l'opothérapie rénale.

« L'opothérapie rénale, dit-il, est une méthode thérapeutique, qui agit en provoquant une suractivité fonctionnelle du rein, ainsi que le démontrent les modifications d'excrétion de l'acide urique et de l'albumine.

Il est intéressant de signaler qu'un médicament qui agit uniquement sur le rein est susceptible de provoquer de grosses éliminations d'urée et de chlorures ; cette constatation est un nouvel argument en faveur de la théorie de Widal sur le rôle du rein dans la production des rétentions chlorurées. L'extrait de rein en ingestion est indiqué lorsqu'il s'agit de rétablir l'activité fonctionnelle du rein, d'assurer l'évacuation de principes toxiques accumulés dans l'organisme, de faire disparaître des œdèmes.

Il est donc indiqué de l'administrer dans l'anémie et dans les néphrites s'accompagnant d'œdèmes ou de dépuration urinaire insuffisante. Les néphrites aiguës et chroniques pouvant s'accompagner d'accidents de rétention, l'emploi de l'opothérapie est donc indiqué plutôt par les caractères de l'élimination urinaire que par le type aigu ou chronique de l'affection rénale. L'opothérapie rénale n'est d'aucune utilité dans les néphrites chroniques anciennes, en dehors des périodes de rétention. Elle est contre-indiquée ou tout au moins doit être employée avec beaucoup de prudence dans les cas, où on voit l'élimination urinaire baisser à la première ingestion du médicament ; il suffit parfois de diminuer la dose ; mais il est des cas où l'on observe une aggravation immédiate, il faut alors suspendre le traitement. On apprécie sûrement l'effet nocif du traitement en suivant l'élimination des chlorures et de l'urée ; l'albuminurie est un guide trompeur, dont la réduction peut coïncider avec une rétention des éléments normaux.

L'insuffisance cardiaque relève des médicaments cardiaques et contre-indique l'emploi de l'extrait de rein. Les doses d'un rein de porc pour 200 cmc. de sérum physiologique ou de six sphérulines d'extrait aqueux total nous ont donné d'excellents résultats ; la macération chlorurée fournit une action immédiate, l'extrait aqueux total produit un effet un peu moins rapide, mais constant.

Les doses de deux reins et de dix sphérulines sont susceptibles de provoquer des accidents gastro-intestinaux (diarrhée et vomissements).

L'emploi du médicament doit être associé au régime lacté ; le régime déchloruré, qui donne de moins bons résultats, peut aussi l'accompagner, à condition de ne pas être suivi trop longtemps, car il est susceptible de provoquer à la longue des vomissements et des troubles dyspeptiques.

Le traitement chirurgical du cancer utérin

D'après la thèse de M. le Dr Marceau Bilhaut, de Paris, le cancer de l'utérus, malgré la gravité de son pronostic, n'est pas une affection incurable. Nos moyens d'action sont faibles, mais ils seront d'autant plus efficaces qu'ils auront été employés plus tôt. Une large exérèse pratiquée pendant la première période de développement de la tumeur, c'est-à-dire, quand elle est encore localisée, peut même être suivie de guérison.

Le résultat chirurgical dépendant uniquement de l'heure où le mal a pu être extirpé il est de toute nécessité de poser un diagnostic précoce. A cet effet, il est bon qu'une propagande intelligemment faite enseigne que toute perte, *si insignifiante soit-elle, même non douloureuse,* et surtout faible, continue, distillante, survenue chez

une femme ayant eu sa ménopause, doit avoir sa cause précisée dans le cabinet du médecin.

Pour les cas douteux, il est facile :

a) Pour une lésion du col, de prélever un fragment destiné à l'examen microscopique ;

b) Pour les cas de cancer cavitaire, de faire un curettage après dilatation préalable, et de soumettre les produits ramenés à l'examen d'un histologiste.

Il faut faire table rase des opinions professées par les auteurs de la période pré-antiseptique. L'application de caustiques doit être formellement rejetée. Les sérums sont loin d'avoir fait leurs preuves. Les amputations partielles sous et même sus-vaginales ne peuvent plus être que des souvenirs. A la thérapeutique parcimonieuse, il faut substituer une intervention large et précoce qui sera l'*hystérectomie totale, vaginale ou abdominale.*

L'*idéal est d'opérer tôt*, avant que les cellules cancéreuses aient eu le temps de franchir la zone utérine. Dans de telles conditions, c'est l'hystérectomie vaginale qui est l'opération de choix, parce qu'elle donne d'excellents résultats, aussi bons que ceux de la voie abdominale, tout en étant beaucoup moins grave que cette dernière.

Pour les cas déjà avancés (infiltration des culs-de-sac, col friable et excavé) l'hystérectomie vaginale peut donner parfois encore de bons résultats, mais c'est la rareté.

Viendrait-on cependant à l'adopter comme moyen de traitement, qu'il ne faudrait pas hésiter, s'il est absolument nécessaire, à pratiquer une incision auxiliaire, suivie de la dissection du vagin et de l'enlèvement de la tumeur, en sac clos, suivant la manière de *Schauta.*

L'hystérectomie abdominale *pour cancer* ne sera réservée qu'à certains cas, aussi rares que possible, où la voie basse sera rendue impraticable : grosse augmentation de volume du corps utérin, prise difficile à l'excès d'un col rongé par la tumeur, involution sénile très accentuée du vagin, étroitesse ou atrophie congénitale de ce conduit, etc., l'une au moins de ces conditions coïncidant avec un envahissement déjà marqué des traînées néoplasiques, *sans qu'il y ait néanmoins diffusion.*

Dans un cas semblable, il est bien indiqué de faire une ablation aussi large que possible des tissus malades et de cueillir les ganglions qui viendraient à s'offrir à la vue ou au doigt ; mais nous repoussons toute tentative *préméditée* d'évidement pelvien à la manière de Wertheim et Jonnesco, restant fidèles à la formule de Pozzi.

« A lésion petite : opération étendue, *et vice versa* ».

S'il y a nécessité ou indications, on pourra employer la méthode mixte et faire précéder le temps abdominal d'un temps périnéal *destiné à circonscrire nettement les limites inférieures du mal par le vagin.*

Dans les cas où le chirurgien se trouve en présence d'un cancer pour lequel toute tentative d'intervention radicale serait vaine ; immobilité complète de l'utérus, induration large des parties voisines, destruction entière du col, réduction du corps de l'organe à une simple coque remplie de fongosités, un *curettage très prudent*, mais consciencieux, suivi de cautérisation ignée, constitue la meilleure des thérapeutiques palliatives.

Etant sans danger, ce traitement peut être appliqué à plusieurs reprises, dans l'intervalle desquelles, des pansements régulièrement faits sous forme de badigeonnages au pétrole ou de tampons au peroxyde de zinc forment le meilleur désinfectant.

Le collargol en injections intra-veineuses contre la septicémie péritonéale aiguë.

Notre distingué collaborateur et ami, le Dr Paul Petit, de l'hôpital St-Michel, a publié une observation remarquable de septicémie péritonéale suraiguë guérie par le collargol en injections intra-veineuses. Une appendicectomie avec résection d'un fragment d'ovaire malade avait provoqué une septicémie péritonéale à marche rapide, vraisemblablement à la suite de la rupture, au cours de l'opération, d'un kyste folliculaire voisin de l'appendice infecté.

« Très frappé des succès obtenus par M. le Dr Bonnaire, dans le traitement de la septicémie puerpérale grâce à l'injection intra-veineuse de collargol, dit M. Paul Petit, je fis pratiquer au pli du coude, après dénudation du vaisseau par un de nos assistants, M. Moygnet, une injection intra-veineuse de 10 cg. de collargol, soit 5 cmc. d'une solution à 2 % (solution de Credé) de très bonne provenance. Je l'eusse certainement fait dès le premier jour, immédiatement à la suite de ma laparotomie secondaire, si je n'avais été prévenu contre le médicament par la nullité des résultats que nous avait donnés son emploi en frictions et en injections intramusculaires dans des cas divers. — Application de glace sur la région précordiale et, dans la journée, injection sous-cutanée de 500 gr. de solution chlorurée sodique.

« Peu de temps après l'injection intra-veineuse eut lieu l'ordinaire réaction. La température ne fut malheureusement pas prise au moment même où elle débuta, mais, le soir, vers cinq heures. Elle était à ce moment de 39°5, c'est-à-dire plus élevée qu'elle n'avait jamais été. Dans cette forme de septicémie, si cette ascension thermique eût été le fait de l'évolution morbide, le pouls, jusque-là discordant, relativement plus élevé que la température, fût probablement devenu incomptable et c'eût été l'annonce d'une terminaison fatale pour la nuit. Mais c'était le fait de la réaction thérapeutique, c'était l'orage provoqué par un assaut réussi, c'était le succès. Le pouls en effet était demeuré stationnaire et la malade était visiblement mieux ».

La guérison complète fut obtenue.

M. Paul Petit recommande l'emploi du collargol en solution préparée extemporanément ; car les solutions faites d'avance perdent rapidement toute efficacité. Il insiste sur la parfaite innocuité de cette substance en injection intra-veineuse, mais, en retenant bien ce fait qu'il se produit toujours une violente réaction thermique quelques heures après ; dès le soir, tout est calmé et la température est normale. On peut faire l'injection directement dans la veine céphalique du pli du coude, sans la dénuder préalablement. Enfin, il ne faut pas s'effrayer de la possibilité de l'introduction d'une minime quantité d'air dans cette veine ; il n'y a aucun danger.

Les Amers en Thérapeutique.

Strajesko a étudié particulièrement l'action des substances amères sur la production du suc gastrique et le mécanisme de cette action. Il a constaté que l'introduction par la voie buccale, 15 minutes avant le repas, d'une petite quantité d'amers ne provoque aucune sécrétion. Au moment du repas la réaction reste alcaline et la salive est abondante. Après le repas et surtout pendant les 2 premières heures, la sécrétion gastrique est beaucoup plus intense que dans les

conditions normales ; elle peut s'accroître de 30 à 40 %.

Il conclut de ses recherches qu'il faut donner de petites quantités de substances amères, les grandes quantités provoquant une action contraire, et *qu'il faut surtout les donner sous une forme susceptible d'exciter les nerfs du goût.* Il s'agirait en effet de phénomènes psychiques et l'emploi de pilules est inefficace. Enfin, l'ingestion doit précéder les repas de dix à quinze minutes.

De son côté, Bouani a étudié l'influence des amers sur la sécrétion gastrique. Il donne de leur action la même explication que Pawlow et Strajesko et conseille de les administrer :

1° Sous une forme susceptible d'exciter les nerfs du goût, leur influence directe sur la sécrétion gastrique étant pour ainsi dire nulle.

2° Un peu avant les repas, puisqu'ils provoquent l'appétit par contraste;

3° Dans tous les cas de faiblesse atonique de la digestion, primitive ou secondaire, c'est-à-dire dans les affections où l'on doit stimuler l'appétit, que, avec Pawlow, il considère comme le *primum movens* capable de mettre en action l'appareil neuro-musculaire de l'estomac.

La forme pharmaceutique sous laquelle les amers sont ingérés, fournit une preuve de plus en faveur de l'opinion développée par le Professeur Pawlow, Strajesko et Bouanni. En effet, un vin, tel que le Quassia Kina Rabot, par exemple, provoquera d'une façon plus énergique et plus certaine l'action recherchée qu'une tisane amère ou une pilule sans goût qui contiendrait les mêmes principes ; et si, pour quelque raison spéciale et idiosyncrasique, il faut recourrir aux formes médicamenteuses de petit volume, les poudres ou les granulés, le Quassia-Kina Rabot granulé, par exemple, qui dénaturent moins que toutes autres les qualités physiques de la substance amère, donneront aussi les résultats plus rapides et les plus évidents.

Ce sont là des faits d'expérience contre lesquels ne peuvent prévaloir ni la mode capricieuse, ni les conclusions incompétentes du laboratoire sorti en l'espèce de son rôle d'observation rigoureusement scientifique.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia.

Par le Dr De Fourmestraux (de Chartres),
Membre du *Concours Médical.*

Beaucoup plus rares que celles de la partie moyenne et que celles de l'extrémité inférieure, les fractures de l'extrémité supérieure du tibia présentent, en raison de la lenteur de leur consolidation et parfois de la difficulté de leur diagnostic et de leur traitement un intérêt réel pour le praticien.

A partir de quel niveau peut-on dire qu'il y a fracture de l'extrémité supérieure du tibia et non de la partie moyenne. Pour Heydenreich, toute fracture dont le trait passe au dessus du point où l'artère nourricière pénètre dans l'os est une fracture de l'extrémité supérieure. Pour les classiques actuels (Le Dentu, Delbet) sont seules fractures de l'extrémité supérieure celles qui siègent au dessus d'une ligne rasant le bord inférieur de la tubérosité tibiale antérieure. Damiot, dans un travail récent, les subdivise en fractures comprises entre le trou nourricier et le bord supérieur du ligament interosseux et en fractures comprises entre le bord supérieur de ce ligament et la raie articulaire du tibia. Ces divisions nous semblent un peu théoriques, les unes sont plutôt des fractures de jambes, les autres seules de vraies fractures de l'extrémité supérieure du tibia auxquelles le voisinage de l'articulation va donner une symptomatologie toute spéciale.

Le trait de fracture peut être *total,* transversal ou oblique, plus ou moins dentelé, c'est la vraie fracture de l'extrémité supérieure du tibia qui va avoir des symptômes et une évolution toute autre que celle des fractures de jambe.

Toute la partie articulaire du tibia est détachée et attirée légèrement en haut et en avant, fracture *sous-condylienne,* qui peut ou non s'associer à une *fracture intercondylienne*; l'extrémité supérieure est alors divisée en deux segments *fracture bicunéiforme.*

Beaucoup plus rare est la fracture comminutive, véritable éclatement de l'épiphyse tibiale. Ces différents traits de fractures avaient été décrits avec une grande précision par Heydenreich, et il nous semble logique comme l'ont fait quelques auteurs de donner son nom à la fracture intercondylienne. En modifiant les conditions de la clinique la radiographie a permis de mettre en évidence l'existence de fractures *partielles.* L'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia par le tendon duquadriceps, la possibilité de fractures intercondyliennes isolées, l'arrachement des épines tibiales, du tubercule de Gerdy ont une histoire clinique qui présente bien des points communs avec celle de l'entorse du genou et nous ne voulons considérer ici que la vraie fracture de l'extrémité supérieure, fracture totale inter ou sous-condylienne.

Si nous étudions son *étiologie,* nous voyons que c'est là une lésion assez rare. Elle n'existerait si l'on en croit Malgaigne que dans quatre pour cent environ des fractures de jambes. Cette proposition est évidemment trop faible et Damiot a pu en recherchant seulement dans trois services hospitaliers en réunir 12 observations inédites. Plus fréquentes dans le sexe masculin, 5 fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (Heydenreich), chez les sujets âgés que chez les gens jeunes, tantôt — et alors le mécanisme en est simple — la fracture se fait par cause *directe,* dans d'autres cas il y a un véritable *écrasement* de l'extrémité supérieure de l'os. Nous en avons vu un exemple très net à Necker dans le service du Pr Berger.

Un charretier très vigoureux, pour surveiller son chargement s'introduit sous sa voiture lourdement chargée de charbon. (2.500 k.). La chambrière de cette voiture glisse et le blessé se trouve pris entre la voiture et le sol servant de plan interrésistant entre les deux. L'homme résiste pendant quelque temps à la charge formidable qui l'accable puis s'affaisse. C'est là un cas type de fracture par écrasement.

Il peut y avoir fracture par flexion sur point d'appui.

Le 20 janvier 1906 l'enfant Jui... s'accroche derrière une voiture et monte sur l'essieu arrière.

Le cocher s'aperçoit de cette surcharge inopportune donne un coup de fouet; le gamin saute mais engage sa jambe entre les rayons d'une roue et fait avec elle un tour complet.

On l'amène à Saint-Louis avec des contusions multiples, nous l'examinons pendant notre service de garde et constatons une fracture de l'extrémité supérieure du tibia. La radiographie montra qu'il s'agissait d'une fracture transversale avec arrachement de la portion articulaire de l'os. Le péroné était brisé ce qui dans les fractures sous condyliennes n'est pas la règle. Une chute d'une grande hauteur un traumatisme violent n'est pas toujours nécessaire dans les fractures indirectes nous n'en voulions d'autre exemple que l'observation suivante. M... cocher jusque là vigoureux et bien portant entre à l'hôpital Dubois en 1897 dans le service du docteur Picqué. En descendant du siège de sa voiture sa jambe s'est engagée dans le marchepied. Il fait un effort et un mouvement de rotation sur lui-même pour se dégager et perçoit alors une sensation très nette de craquement au-dessous du genou. La radiographie montre l'existence d'une fracture sous condylienne très nette. Nous n'insisterons pas sur le mécanisme tout à fait spécial des fractures parcellaires qui rentrent difficilement dans le cadre des vraies fractures de l'extrémité supérieure du tibia fracture sous et intracondyliennes. Il est plus logique de les étudier avec l'entorse du genou. L'arrachement de la tubérosité tibiale antérieure, qui semble toujours due soit à la tension passive du quadriceps, soit à sa contraction, présente des symptômes dont l'aspect est si spécial qu'il ne rentre pas dans cette courte étude.

L'aspect *clinique* de cette fracture sous ou *intra-condylienne présente* un caractère très particulier qui est dû au voisinage de l'articulation du genou. Le plus souvent, le blessé ne peut se relever après sa chute, l'importance fonctionnelle est absolue. Si le hasard fait que l'on puisse l'examiner de suite après son accident, il est possible que l'augmentation de volume du genou n'empêche pas de sentir l'épaississement de toute l'épiphyse tibiale, et même une sensation nette de crépitation. Le plus souvent, l'hémarthrose s'est constituée, un épanchement sanguin péri et intra-articulaire beaucoup plus accentué que dans les fractures de l'extrémité inférieure du fémur de même que dans certains cas de fracture de la rotule s'est formé.

On se trouve en présence d'un genou très augmenté de volume, au niveau duquel la rotule, tant la tension est grande dans l'articulation, peut être difficile à isoler.

Il est en tout cas à peu près impossible, par la palpation de délimiter les condyles fémoraux et tibia. Il y a une hémarthrose considérable ; quelle est son origine ?

La fracture de la rotule est le plus souvent, facile à éliminer, mais la lésion est-elle fémorale ou tibiale.

Y-a-t-il simple entorse, luxation en arrière du tibia ou fracture ? Le problème est parfois difficile à résoudre. L'attitude spéciale du membre inférieur plus souvent genu valgum que genu varum, la constatation d'une douleur intense, parfois atroce, en tout cas plus accentuée que dans les fractures simples de jambe, douleur exaspérée par la palpation souvent persistant d'une façon intense, alors que le membre est immobilisé constituent des signes de présomption excellents. Quand en outre, immobilisant le fémur ou le faisant immobiliser par un aide on peut faire exécuter à la jambe de légers mouvements d'abduction que l'on voit nettement, se produire grâce à une solution de continuité siégeant à trois travers de doigts environ de l'extrémité inférieure de la rotule, il y a certainement fracture. C'est là une manœuvre qu'il est inutile de recommander d'exécuter avec la plus grande prudence si l'on ne veut produire des délabrements plus grands que ceux qui existent déjà. En pratique, la constatation d'une hémarthrose très précoce liée à l'existence d'une impotence fonctionnelle absolue, d'une douleur intense à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de la rotule, et à une légère déviation de l'axe du membre permet le plus souvent de faire le diagnostic.

Il est inutile de recommander l'examen radioscopique quand il est possible, ce qui est loin d'être la règle.

Quel est le *pronostic* de ces fractures ?

Si nous compulsons les statistiques anciennes, nous voyons qu'en 1877, Heydenreich réunit 39 cas sur lesquels il compte seulement 26 guérisons, 7 amputations et 6 morts....

Ces désastres sont expliqués par le fait que cet auteur comprend dans sa statistique les fractures compliquées de plaies d'un pronostic si grave alors. Dans sa statistique toute récente (1906). Damiot réunit 12 cas dont 1 de fracture ouverte qui, après une durée de traitement variable, se sont tous terminés par la guérison.

A côté des complications toujours possibles attitude vicieuse, pseudarthroses communes à toutes les fractures, il en est une très spéciale à cette lésion c'est le retard de consolidation. Cette dernière se fait parfois d'une façon très lente. Elle a, dans 5 cas que nous avons pu observer, dépassé 60 jours. Le terme de quatre mois que l'on donne généralement comme limite de cette consolidation n'est pas éloigné de la vérité. Il dépendra beaucoup, croyons-nous, du *traitement*.

La fracture est-elle ouverte? comme toute fracture compliquée de plaie, il faut supposer qu'elle est primitivement infectée avec cette circonstance aggravante que le foyer de fracture, tout comme dans une fracture de Dupuytren, communique avec l'articulation ; donc, désinfecter, débrider, drainer, ce sont là des données aujourd'hui banales. La fracture est fermée faut-il mettre un plâtre ? Le problème est difficile à résoudre.—Le plâtre permettra, certes, une consolidation des fragments en bonne position si la réduction a été bien faite, avec ou sans chloroforme, mais nous venons de voir que sa consolidation mettait parfois plus de trois mois à se faire ; de sorte que l'on risque fort de voir son blessé sortir de l'appareil plâtré avec une belle ankylose en rectitude.

La thérapeutique la plus logique nous semble la suivante. Dans les conditions de milieu les plus fâcheuses il est toujours possible, avec de l'eau bouillie et un trocart propre de faire une ponction aseptique.

Il y a une hémarthrose volumineuse : il faut l'examiner avec les banales précautions de rigueur en se souvenant que la moindre faute contre l'asepsie conduirait à un désastre. L'articulation est maintenant libre, dans quelle position faut-il immobiliser le genou, flexion ou extension La flexion légère nous semble préférable.

Nous avons vu dans un des cas que nous rappelions tout à l'heure le professeur Berger appliquer un appareil d'Hennequin de cuisse avec le plus heureux résultat.— Le fragment tibial supérieur, dans le cas type de fracture sous-condylienne est attiré en haut et en avant par le tendon du triceps, le fragment inférieur s'incline en arrière. — La cravate de l'appareil d'Hennequin strictement appliquée tend à ramener la jambe en avant et légèrement en haut, tout en supprimant la contraction des muscles au point d'attache fémoro-tibial, le fragment inférieur se

rapproche du supérieur et on est en droit d'espérer une coaptation exacte des fragments. — On laisse l'appareil un temps variable et mal déterminé encore, ce mode de traitement n'ayant pas été appliqué souvent à notre connaissance, on ne trouve aucune indication sur ce point dans les classiques qui s'étendent peu sur le traitement cependant difficile de cette fracture.— Il semble en tout cas préférable, si le déplacement n'est pas trop accusé, de mettre une gouttière plutôt qu'un plâtre toujours difficilement supporté (nous avons insisté sur la douleur spéciale à cette lésion). Mais il est une notion primordiale qui doit dominer le traitement de ces fractures sous-condyliennes ou inter-condyliennes, ce sont des fractures articulaires et elles doivent être traitées comme telles. C'est dire la nécessité du massage précoce, médical, et logiquement appliqué qui permettra au blessé de guérir sans ankylose, sans avoir recours à une mécanothérapie tardive et d'un résultat aléatoire. Peut-être alors verra-t-on diminuer le terme fatal des quatre mois assignés comme limite de la guérison de la fracture d'Heydenreich.

Pansement des brûlures par la levure de bière ou de grains,

Par M. PLANTIER (d'Annonay),
Membre du *Concours Médical.*

En novembre 1900, comme suite à des vues purement théoriques, j'eus l'idée d'employer la levure de bière pour le pansement des brûlures. Depuis cette époque, j'ai traité ainsi tous les cas qui se sont présentés dans ma pratique avec des résultats si satisfaisants que je me fais un devoir de vous indiquer ma méthode.

Quel que soit le degré de la brûlure, après une minutieuse désinfection préalable, j'étends d'eau bouillie tiède soit de la levure de bière sèche ou fraîche, soit de la levure de grains, de façon à obtenir une pâte ayant à peu près la consistance d'une épaisse bouillie, plâtrée. J'en imprègne avec soin, comme on le fait pour un plâtre, des bandes de gaze stérilisée pliée en plusieurs doubles et j'en recouvre le membre brûlé parallèlement à son axe et non perpendiculairement. Je dis parallèlement, car je n'enroule pas mes bandelettes pour éviter la compression circulaire désagréable et peut-être nuisible due à la rétraction consécutive à la dessiccation. Je fixe très exactement le tout par quelques tours de bandes. Le pansement est à peine achevé depuis quelques minutes, parfois seulement quelques secondes, que se produit une remarquable sédation des douleurs, si intenses, si atroces même dans certains cas. L'euphorie est quelquefois si prompte et si complète qu'on dirait qu'une piqûre de morphine à haute dose vient d'être pratiquée.

Je renouvelle jusqu'à guérison le pansement, selon la même technique, après un temps variable d'un, deux ou trois jours, soit s'il est désséché, craquelé et s'applique mal, soit s'il y a des douleurs à nouveau, soit encore s'il se produit des phlyctènes que je vide soigneusement avec un bistouri flambé en ayant soin de très minutieusement recoller l'épiderme en le comprimant.

Je n'observe pas de suppuration et partant ni odeur fétide, ni cicatrice difforme. Il n'y a de sphacèle que des parties entièrement carbonisées. La brûlure est vraiment transformée en une plaie aseptique et guérit en quelques jours.

L'action si favorable de ce pansement sur la douleur, son innocuité absolue, sa facilité d'application, la modicité de son prix, ses résultats esthétiques et fonctionnels., la prompte guérison qu'il amène m'engagent à conseiller son emploi dont j'ai une expérience de sept années déjà.

(*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche*)

LARYNGOLOGIE

L'ouverture, sans bistouri, des abcès péri-amygdaliens.

Jusqu'à ces dernières années, l'ouverture des abcès péri-amygdaliens – phlegmons communs de la gorge — se pratiquait toujours par une méthode unique, à savoir l'incision classique, dite de Lemaistre, faite au travers du pilier antérieur. Cette incision, d'exécution relativement facile, présente un certain nombre d'inconvénients. Elle effraye, d'abord, les malades et elle doit assez souvent, pour réussir, être profonde, aller jusqu'à un et deux centimètres dans les tissus. Elle peut, d'autre part, échouer, vu la difficulté de bien préciser le siège de la poche purulente et le moment où le pus est formé. Elle s'accompagne enfin, dans quelques cas, heureusement rares, d'une hémorrhagie abondante, voire menaçante par son intensité ou sa prolongation.

Aujourd'hui, l'incision par le pilier antérieur a une rivale et une rivale qu'il est bon de connaître, car elle n'a pas les divers inconvénients dont je viens de parler. Cette méthode nouvelle est appelée à rendre au praticien de réels services. Elle permet d'évacuer *sans incision, sans bistouri,* d'une manière à la fois simple et rationnelle, le pus de la plupart des phlegmons péri-amygdaliens.

Pour comprendre le principe et la technique du néo-procédé en question, il convient de rappeler quelques notions d'anatomie et de pathogénie.

L'amygdale présente deux pôles, un pôle inférieur, et un pôle supérieur qui vient s'enfoncer dans le voile du palais.

Si l'on considère attentivement la région du pôle supérieur, on aperçoit, au-dessus de ce pôle, un repli arqué se détachant du pilier antérieur, pour se rendre en arrière dans le pilier postérieur. C'est le *plica falciformis*, ou bourrelet falciformis, ou *margo semi-lunaris*, dont les dimensions subissent de grandes variations selon les sujets: tantôt mince, il est, d'autres fois, épais et saillant.

Entre le pôle supérieur de l'amygdale et le plica falciformis existe un intervalle déprimé dans lequel on peut introduire un stylet et auquel les anatomistes ont donné le nom de *fossette sus-amygdalienne.* Grünwald et Pateson ont décrit, de plus, une cavité partant de cette fossette et s'étendant, en haut, sous la face profonde de la tonsille, entre celle-ci et le voile palatin. Cette cavité, appelée généralement *récessus rétro* (ou *palato*)-*amygdalien*, sans être absolument constante, est cependant très fréquente et doit être distinguée des cryptes amygdaliennes ordinaires. Elle est accessible plus ou moins facilement avec le stylet introduit au niveau de la fossette sus-amygdalienne.

Eh bien! c'est dans le récessus palato-amygdalien que prennent naissance la plupart des abcès de la gorge. Ce récessus, comme les lacunes des tonsilles, sert en effet de réceptacle à des sécrétions, à des agents infectieux, et il peut renfermer des magmas caséeux qui s'éliminent souvent incomplètement, vu l'étroitesse de l'orifice qui le met en communication avec la cavité gutturale. Dans ces conditions, ledit récessus, est fréquemment le siège d'une infection permanente : il

constitue, d'après des recherches récentes, le point de départ de la majorité des phlegmons péri-amygdaliens. La persistance de l'infection, facile dans une telle poche, explique bien, d'ailleurs, la récidive si commune de ces phlegmons.

Puisque le pus se forme dans le récessus rétro-amygdalien, il est un chemin tout indiqué pour aller à sa recherche et évacuer l'abcès : c'est le cathétérisme de la fossette sus-amygdalienne et du trajet conduisant dans le récessus. Cette voie a été effectivement recommandée par Kilian et par Ruault et elle constitue une excellente méthode d'ouverture de ces abcès. Elle est essentiellement logique, puisqu'elle suit la marche naturelle du pus. Dans les évacuations spontanées, le pus se fraye un chemin entre le voile du palais et le pôle supérieur de la tonsille ; il vient sourdre entre le pilier antérieur et l'amygdale, plus rarement entre celle-ci et le pilier postérieur, plus rarement encore par une crypte. Il est donc parfaitement rationnel d'aller à la recherche du foyer de suppuration par la même voie, en pénétrant dans la fossette sus-amygdalienne.

Tel est le principe du néo-procédé d'évacuation des abcès péri-amygdaliens. Voyons-en maintenant la technique.

Il s'agit, en définitive, d'introduire une sonde dans la fossette sus-amygdalienne, et de la faire pénétrer dans le récessus palatal — c'est-à-dire dans une poche située entre la face profonde du pôle supérieur de la tonsille et le voile palatin, poche qui remonte en haut, en dehors, généralement en avant, quelquefois en arrière.

Pour exécuter cette sorte de cathétérisme forcé, on se sert d'un instrument approprié, stylet, sonde, sonde cannelée, écarteur (Kilian). Un stylet coudé à un centimètre et demi de sa partie terminale peut suffire. J'emploie de préférence, personnellement, une sonde cannelée à bec recourbé, modèle de Farabeuf. C'est un instrument très commode en l'espèce, sa double coudure permettant de le manœuvrer aisément dans la gorge.



Ouverture d'un abcès péri-amygdalien par la fossette sus-amygdalienne.
La partie coudée de la sonde cannelée est engagée dans le récessus palatal (1).

Après anesthésie de la fossette sus-amygdalienne et des parties adjacentes à l'aide d'une solution de cocaïne à 1/10, on introduit le bec recourbé de la sonde entre le pilier antérieur et le pôle supérieur de l'amygdale. On décolle les adhérences (assez fréquentes, en pareil cas surtout) de ces deux organes et l'on arrive ainsi en pleine fossette sus-amygdalienne. On pousse alors le bec de la sonde en haut, en dehors et en avant (en arrière au cas d'insuccès) de façon à entrer dans le récessus. Bien entendu, ce temps comporte quelques tâtonnements et une certaine insistance pour parvenir à se frayer un chemin. A un moment donné, on voit un flot de pus couler le long de la sonde : l'abcès est ouvert. Ces manœuvres, faites après analgésie cocaïnique, sont peu douloureuses. Elles sont fréquemment couronnées de succès. Il arrive assez souvent, d'autre part, que, même non suivies d'une évacuation immédiate du pus, elles sont utiles en hâtant l'évacuation spontanée. J'ai vu plus d'une fois des malades cracher du pus, une heure, une demi-heure, dix minutes même après les manœuvres en question, qui avaient préparé la voie et rendu facile l'expulsion naturelle du pus.

(1) Cette figure est extraite du *Précis de Laryngologie* du Dr P. Lacroix. F.R. de Rudeval, éditeur.

Cette méthode de libération des abcès péri-amygdaliens offre un certain nombre d'avantages. Elle est simple, rationnelle, sans inconvénients ; elle est peu douloureuse et n'effraye pas le patient ; elle n'est pas sanglante ; elle peut, enfin, s'appliquer de bonne heure. Rien n'empêche de l'employer presque dès le début et d'avoir ainsi une évacuation réellement très précoce de l'abcès.

En résumé, il est possible, dans un grand nombre de cas, d'évacuer les abcès péri-amygdaliens sans incision, sans bistouri, en pratiquant un cathétérisme de la fossette sus-amygdalienne et en pénétrant dans le récessus rétro-amygdalien où siège l'abcès. C'est un procédé facile, toujours utile, qu'il y a avantage à mettre en œuvre dès les premiers jours. S'il demeure insuffisant, on aura recours, il va sans dire, au procédé plus ancien, à l'incision classique par le pilier antérieur.

Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

L'emploi de la digalène (digitoxine soluble) en thérapeutique infantile,

Par le Dr E. Ausset, professeur agrégé.

La digitale est incontestablement le meilleur médicament cardiaque ; beaucoup de malades lui doivent de véritables résurrections ; mais il est certain que la grande toxicité des préparations jusqu'ici classiques en fait limiter l'emploi chez les enfants. Certes, si les enfants absorbent facilement et éliminent avec rapidité les médicaments, il n'en est pas moins vrai que, chez des petits cardiaques asystoliques, dont le rein fonctionne de façon défectueuse, les phénomènes d'accumulation, déjà si dangereux chez l'adulte, prendront un caractère tout particulier de gravité, et il nous a été donné l'observer un cas où la digitale (infusion de poudre de feuilles) donnée à doses très prudentes et pendant trois jours, produisit, le quatrième jour, les symptômes d'intoxication classiques par cette plante et particulièrement l'affolement du cœur, palpitations, pouls incomptable, pâleur du visage, vomissements. Et cependant la potion prescrite *pro die* contenait, pour un enfant de six ans et demi, 0,10 de poudre de feuilles ; le malade n'en avait pris que pendant trois jours et les accidents graves éclatèrent dans la nuit du troisième au quatrième jour ; d'autre part, les symptômes d'asystolie qu'on voulait combattre, petitesse du pouls, cyanose des extrémités, etc., n'avaient fait que s'accentuer. Il est bien certain que lorsqu'on a assisté, malgré toute la prudence d'une thérapeutique appliquée classiquement, à de tels accidents d'intoxication, on ne possède qu'une tendresse très modérée pour le médicament en cause. Aussi, devons-nous dire que pendant longtemps nous n'avons plus employé la digitale que chez les grands enfants, de 10, 12 ans et plus.

Nous avons lu, tout d'abord, avec scepticisme,

les premiers travaux encore récents parus sur une nouvelle préparation extraite de la digitale, et destinée à remplacer les préparations galéniques anciennes ; nous voulons parler de la digalène ou digitoxine soluble, extraite par le professeur CLOETTA et considérée comme un glycoside de la digitale analogue à la digitaline, chloroformique française, mais en différant par sa solubilité dans l'eau.

Cependant,les travaux se succédèrent assez rapidement, dûs aux observateurs et aux cliniciens les plus compétents et les plus consciencieux ; il serait actuellement trop long de citer tous les noms. Enfin, ayant lu l'intéressante thèse du docteur BECH, faite au laboratoire de thérapeutique de la faculté de Lyon, je me suis décidé à prescrire la digalène et je dois dire que mes observations concordent absolument avec celles des autres auteurs.

La digalène, que l'on trouve dans le commerce, se présente sous forme d'une solution de digitoxine soluble à 25 p. 100. Un centimètre cube de cette solution contient 3 dixièmes de milligramme de digitoxine, représentant 15 centigrammes de feuilles de digitale.

La première fois que je prescrivis la digalène, il s'agissait d'une fillette de neuf ans, atteinte de rétrécissement mitral et présentant pour la seconde fois des accidents d'asystolie. Anasarque, œdème des deux bases pulmonaires : urines rares et hautes en couleur, contenant près d'un gramme d'albumine par litre.

Je pratique le premier jour une injection fessière, intra-musculaire de 1 cc. Dès le lendemain le taux de l'urine était remonté ; le matin on avait 620 gr. d'urine ; il y avait seulement 15 heures qu'on avait fait l'injection.

Le deuxième, troisième et quatrième jour, je prescrivis le médicament par la bouche, car la famille,aussi pusillanime que la fillette, trouvaitles injections trop pénibles. Dix gouttes le matin et autant le soir. Les urines passèrent à 900 gr., puis à 1100 gr., et le cinquième jour, au matin, nous savions 1600 gr. d'urines, chiffre assez élevé, n'est-il pas vrai, pour une enfant de cet âge. Il n'existait plus que de l'œdème aux pieds. L'enfant ne fut jamais incommodée par le médicament. La pression artérielle se releva aussi très rapidement.

J'ai eu l'occasion de prescrirela digalène chez trois autres enfants cardiaques. Chez tous, ayant observé une action très rapide par l'ingestion de la solution, je me suis contenté del'administrer par la voie gastrique.

Ce qui m'a surtout frappé, c'est la rapidité d'action du médicament *ingéré* ; déjà en moins de 24 heures, la diurèse se manifeste, le pouls se relève et les œdèmes diminuent ; la dyspnée s'atténue. Quand on compare cette rapidité à la lenteur d'action des autres préparations de digitale, on se rend compte combien précieuse est une telle préparation, permettant d'agir au plus pressé. Je suis bien persuadé que dans des cas très urgents l'injection intra-musculaire ou même l'injection intra-veineuse doivent donner des résultats merveilleux. Je n'ai pas l'expérience de ces modes d'action par la voie gastrique, on conçoit quelle doit être l'effet des injections intraveineuses. Nous n'avons jamais constaté ni état nauséeux, ni vomissement, ni troubles gastriques quelconques.

On n'a pas souvent l'occasion de voir des enfants cardiaques en asystolie ; on sait, en effet, combien longtemps le myocarde des jeunes sujets résiste, avant de se laisser forcer. Aussi n'avons-nous pu essayer la digalène que chez quatre enfants cardiaques.

Mais pour nous rendre compte de ses effets diurétiques rapides, de sa prompte élimination, de sa tolérance parfaite, toutes propriétés vantées par les auteurs et constituant sa supériorité sur les autres préparations digitaliques, nous l'avons prescrite dans un cas de fièvre typhoïde avec asthénie cardiaque chez un garçon de 13 ans dans trois cas de broncho-pneumonie (3 ans, 4 ans, 8 ans), dans un cas de pneumonie lobaire (8 ans), et enfin dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse (11 ans) pour aider, par la diurèse, à la résorption du liquide.

Comme nous l'avons dit tout à l'heure, nous ne nous sommes jamais trouvé en face d'un cas appelant une intervention très urgente et nécessitant une injection intra-veineuse ou même intra-musculaire. Nous avons, une fois, fait une injection intra-musculaire (observation I) ; mais, pour des enfants, nous estimons que, s'il n'y a pas urgence, il vaut autant s'adresser à la voie gastrique ; les familles nous savent toujours mauvais gré de faire souffrir les enfants.

Chez tous nos malades, nous avons pu constater la rapidité d'absorption et d'action. Nous n'avons pas noté la diurèse au bout de 5 à 6 heures comme certains auteurs ; mais toujours, en 12 à 14 heures au plus, nous avions déjà un effet très manifeste du côté de la diurèse et du pouls. Quelle différence considérable avec l'infusion de poudre de feuilles, par exemple !

En somme, les effets ne diffèrent pas de ceux obtenus avec la digitale, mais avec la digalène on les obtient plus rapidement, beaucoup plus sûrement.

Mais ce qu'il y a de précieux dans cette préparation,c'est qu'elle s'élimine avec au moins autant de rapidité qu'elle s'absorbe; par suite les effets accumulatifs si dangereux avec les préparations ordinaires de digitale disparaissent, les accidents d'intoxication sont,par suite annihilés. Jamais, en effet nous n'avons observé de sensation de sécheresse de la gorge, de nausées, de vomissements, de diarrhée ; pas de céphalées, de délire digitalique, de bourdonnements d'oreilles ; pas de pouls bigéminé.

Chez un seul de nos petits malades, celui atteint de pleurésie, nous avons dépassé les doses moyennes à prescrire couramment. Chez lui, nous sommes arrivés à prescrire couramment jusqu'à 3 centimètres cubes de la solution par jour et nous avons prolongé pendant 6 jours: celafait en tout 18 centimètres cubes, soit cinq milligrammes de digitoxine soluble. Qui oserait donner une pareille dose de digitaline cristallisée? On aurait rapidement des accidents graves, tandis que chez notre malade nous n'avons rien observé d'anormal.

D'une façon générale, nous donnons aux enfants de 1 à 2 centimètres cubes par jour, suivant l'âge, et nous ne prolongeons pas plus de 3 à 4 jours au maximum. Cela suffit pour obtenir le maximum d'action désirable. Si chez notre pleurétique, nous avons été plus haut et plus longtemps, c'est que cœur et rein étaient en parfait état, et que nous voulions obtenir, sans danger, une diurèse très abondante pour agir sur l'épanchement.

Pour administrer la digalène chez les enfants, nous avons déjà dit que nous préférions la voie gastrique, sauf les cas d'urgence extrême. Malgré son goût quelque peu désagréable, la solution n'incommode en rien le tube digestif. On la donnera dans du lait sucré, en deux prises, une prise de 10 gouttes matin et soir, si on veut en donner un centimètre cube ; si on en prescrit 2 centimètres cubes ou plus, il nous semble qu'il y a

avantage à l'incorporer à une potion qu'on fera prendre dans les 24 heures.

N'ayant pas l'expérience des autres voies d'administration du médicament, je m'abstiens de me prononcer à cet égard.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Rapport sur le fonctionnement de l'Office central pour la répression de l'Exercice illégal de la médecine au cours de l'année 1906-1907.

Par M. le Dr Ch. LEVASSORT, secrétaire général.

Messieurs et chers Confrères,

Chaque année j'avais l'habitude de présenter à l'assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine, un rapport sur l'exercice illégal de la médecine. Cette année, ce rapport devra s'adresser aux diverses sociétés qui nous ont donné leur concours et, pour éviter des redites, je vous demande la permission de rendre compte en même temps à l'Association générale, à l'Union des Syndicats, au Concours médical et au Syndicat des Médecins de la Seine du fonctionnement de l'Office central au cours de cette année 1906-1907.

Pour répondre au vœu émis par le Congrès de 1906, vœu qui avait d'ailleurs reçu les encouragements tacites de ces grands groupements professionnels, nous avons créé un organisme destiné à continuer l'œuvre du Congrès. Cet Office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine a reçu des subventions de l'Association générale des Médecins de France, de l'Union des Syndicats, du Concours et du «Sou médical», du Syndicat des Médecins de la Seine (1) et du Syndicat de Rochefort-sur-Mer. Ces subventions n'avaient et ne pouvaient avoir qu'une affectation temporaire et il convient actuellement de dire ce que nous avons fait et ce qui nous reste à faire afin de mettre chacun à même de juger si nous avons bien rempli notre mission et si on peut nous continuer l'appui moral et le concours matériel et financier dont nous avons besoin.

Notre premier travail fut de faire paraître le volume des discussions des rapports présentés au Congrès de 1906.

Malgré toute ma bonne volonté, ce volume n'a fait son apparition qu'avec un retard énorme et je m'en excuse sincèrement car il ne faut pas laisser trop longtemps sommeiller ces sujets dont l'actualité ne saurait supporter un délai de quelque durée. J'avais pris la peine d'envoyer à chacun des orateurs une copie de la sténographie des discours et interruptions et je demandais qu'on me retourne rapidement les épreuves corrigées. Une enveloppe était jointe pour la réponse.

La moitié à peine de mes correspondants voulut bien me répondre et je dus rétablir les textes non sans peine toutefois.

L'imprimeur qui avait fait nos rapports avait accepté de se charger de l'impression du volume complémentaire et cela à des conditions vraiment avantageuses, notre excédent de recettes du Congrès par le vœu des congressistes devant être affecté à ce travail, je m'étais efforcé de ne pas dépasser nos ressources.

Par suite de quelles circonstances ai-je dû rompre avec cet imprimeur, ce serait trop long de vous le narrer. Toujours est-il que je ne pus rentrer en possession du manuscrit qu'après un temps fort long et que le second imprimeur avec qui je traitai me fit également attendre plusieurs mois la livraison définitive de notre volume qui ne vit le jour qu'après le Congrès des Praticiens.

L'envoi de ce volume fut fait à tous les adhérents du Congrès et le service fut complété par l'envoi à tous nos invités. Il reste néanmoins un certain nombre de volumes que je mets en réserve avec ceux qui contiennent les rapports et qui ont pu être mis de côté à l'issue du Congrès de 1906.

Si, par la suite, une question paraît devoir être reprise ou si une bibliothèque nous en fait la demande, nous aurons la facilité d'offrir ces documents aux personnes qui s'y intéresseront.

(1) Une de ces subventions, celle de l'Union, n'a pas encore été recouvrée.

A l'occasion de la réunion de la Ligue Internationale contre le charlatanisme dont je vous entretiendrai plus loin, j'ai adressé au docteur Siefart, de Charlottenburg un paquet de 24 volumes (12 de chaque série) en le priant de les distribuer à nos confrères étrangers.

La bibliothèque de la Faculté a reçu également deux exemplaires.

Correspondance. — Renseignements.

Notre office étant encore peu connu, il n'est pas surprenant que la correspondance ne soit pas extrêmement active, elle tend cependant à s'accroître et de Paris ainsi que de province nous parviennent des demandes de renseignements soit d'ordre général soit portant sur des faits précis.

Aidé de nos conseils judiciaires, j'ai répondu de mon mieux à nos confrères, mais c'est toujours la même note : Un charlatan exerce au vu et au su de toute une région. comment ne pas pouvoir le faire poursuivre.

Nos confrères ne comprennent pas les raisons qui nous tiennent impuissants et nous profitons de l'occasion pour leur rappeler qu'il faut, pour étayer toute plainte, au moins deux faits (délit d'habitude) et un plaignant. Tout récemment encore, je recevais du Parquet une invitation à nous porter partie civile dans une certaine affaire de cabinet médical où tout est certainement irrégulier : médecin, pharmacien, bailleur de fonds... L'Ecole de pharmacie envoyée pour faire un constat ne crut pas devoir relever le délit d'exercice illégal et cependant il n'est prescrit dans cette officine que des spécialités. Or un récent jugement donne parfaitement les moyens de poursuivre, mais malheureusement, fonctionnaires, commissaires aux délégations, je crois même professeurs de l'Ecole de pharmacie et magistrats ne connaissent pas à fond la loi de germinal an XI et la loi de 1892 de sorte que le rapport concluait à la non culpabilité, puisqu'on n'avait pas trouvé dans l'enquête d'éléments du délit d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Le juge au vu du rapport aurait rendu un non lieu, ou; s'il y avait eu renvoi, les prévenus eussent été acquittés faute de preuves, la partie civile aurait été condamnée aux dépens et peut-être à davantage ; j'ai donc dû m'abstenir et c'est ainsi que quantité d'affaires échappent à toute sanction parce qu'elles sont mal préparées et aussi parce que nos délits médicaux semblent des délits véniels à côté des autres ; ils ne bénéficient pas de l'intérêt social, du moins le croit-on, qu'offre un criminel. (1).

Plusieurs fois, nous avons reçu des lettres nous signalant des faits graves et malheureusement la mesure salutaire n'a pu être prise à temps. Un confrère est appelé auprès d'une malade qu'il soigne habituellement. Cette malade, tout en gardant confiance en son médecin, lui faisait cependant quelques infidélités et suivait les conseils d'un masseur qui ne lui ménageait pas les bienfaits de ses drogues et de sa pratique.

Or la malade en question était une variqueuse qui avait fait récemment une poussée phlébitique localisée. A la suite d'une visite au susdit masseur, la dame est prise de syncopes, d'étouffements et meurt dans la nuit. Notre confrère assiste impuissant aux derniers instants de sa cliente qui, pour lui, succombe à une embolie provoquée par l'intempestif massage. Que faire ? Prévenir le médecin de l'état civil que la mort paraît

(1) Voici d'ailleurs un des attendus du jugement de la cour de cassation auquel nous faisons allusion :

« Attendu, dit-il, qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ne peuvent vendre aucun remède secret ; que, d'une part, on doit comprendre sous cette dénomination toutes les préparations pharmaceutiques qui ne sont ni conformes aux formulaires du Codex légalement rédigé et publié, ni achetées et rendues publiques par le Gouvernement conformément au décret du 18 août 1810, ni publiées, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, en conformité du décret du 3 mai 1850 ; que, d'autre part, l'interdiction de vendre des remèdes secrets s'applique également au cas où cette vente se ferait par ordonnance qui ne contient elle-même aucune formule, et renferme seulement la prescription d'un médicament non formulé au Codex, ou non publié par le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, la dite ordonnance ne pouvant, dans ce cas, donner à ce remède le caractère magistral puisqu'il n'a pas été préparé suivant une formule prescrite par le médecin. »

suspecte, faire appeler le masseur que la crainte de poursuites rendra plus prudent, et si le médecin de l'état civil le juge bon, faire faire l'autopsie.

Les conseils donnés à notre confrère ne lui sont parvenus que trop tard, mais il est bon d'informer de la marche à suivre, ceux qui, dans une occasion semblable, seraient désireux de connaître le moyen de mettre fin aux agissements de trop entreprenants rebouteurs.

Au surplus, c'est ainsi que procédèrent quelques confrères de province.

Dans une région où venait régulièrement un empirique qu'ils ne pouvaient poursuivre dans la crainte d'augmenter sa popularité, ils ont, sur mon conseil, systématiquement refusé les soins aux malades soignés par ce pseudo-confrère, et ils ont agi de même pour les permis d'inhumer. Devant cette attitude très nette, le guérisseur a dû chercher ailleurs une commune plus favorable à ses exploits.

L'entente entre confrères est ici encore le moyen le plus sûr de nous garantir contre un envahissement qui ne cesse de croître.

Affaires en cours.

Le Syndicat des médecins de la Seine, auquel l'Office prête son appui et qui a qualité à Paris pour poursuivre les illégaux, a entamé cette année un certain nombre de procès. Fidèles à une tactique qui d'ordinaire leur réussit, les condamnés font appel et le plus souvent la peine est réduite de moitié par la cour. C'est pour nous un supplément de frais en même temps qu'un petit échec moral dont nous serions heureux d'être libérés.

Citer toutes les affaires actuellement en cours serait assez fastidieux ; nous trouvons des recommandations de confrères ou des attestations de hautes personnalités pour contrebalancer nos poursuites. Il y a même des situations auxquelles on ne peut toucher et je vous indiquerai notamment un certain oculiste qui se réclame d'un ambassadeur et un pharmacien qui achève tranquillement, m'a-t-on dit, ses études de médecine, non sans continuer un fructueux commerce qu'il ne prend même plus la peine de dissimuler. Ce sont là des faits scandaleux contre lesquels nous sommes en partie désarmés.

Dans un autre ordre d'idées il faut que je vous dise un mot d'une affaire de ceintures électriques dans laquelle nous avons été invités par le parquet à nous porter partie civile.

Depuis plus de 14 mois cette affaire est à l'instruction. On peut à bon droit s'étonner de voir un délai pareil pour mener à bien l'instruction d'une affaire qui ne peut être bien compliquée.

J'ai tenté à plusieurs reprises de faire hâter la solution, mais sans succès, et je crains bien d'être contraint d'adresser une plainte à M. le Procureur général pour le prier de provoquer une terminaison.

Sur cette affaire, il est vrai, s'en greffe une autre dans laquelle nous n'avons d'ailleurs rien à voir ; il s'agit d'une tentative de meurtre commise par une employée de la maison contre un gérant de l'établissement.

Sachant que nous poursuivions ceux qu'elle poursuit de son côté, Mme X... ou son mari sont venus plusieurs fois me demander où en était notre instruction, ils ont même cru pouvoir reproduire dans une note anonyme un passage d'une lettre ayant un caractère tout privé et n'ont cessé de mettre en cause le juge d'instruction, M. Ollivier un très honorable consultant de Me Lagasse, député, avocat à la cour d'appel, et moi-même.

Ces messieurs ont protesté comme j'ai protesté moi-même auprès de monsieur le juge d'instruction et l'auteur des notes anonymes m'a écrit une lettre d'excuse mais n'a pas moins continué ce qui semble être de sa part un système voulu d'attaques et d'insinuations.

Il ne se passe guère de semaines où je ne reçoive des lettres ou des visites ayant trait à cette affaire que nous voudrions bien voir s'achever.

Les commis-voyageurs médicaux.

Notre office, tout en étudiant les cas particuliers toujours intéressants, ne doit pas négliger l'étude des questions d'ordre général et c'est ainsi que nous avons été amenés à nous occuper des médecins voyageurs et des voyageurs en articles médicaux.

Vous connaissez les faits, ils sont courants et d'une grande banalité ; c'est un fabricant de bandages, qui soigne et fait disparaître par un appareil merveilleux les descentes et les déviations de matrice en même temps qu'il contient les hernies les plus volumineuses à l'aide d'un bandage plus ou moins pneumatique ou électrique.

Le journal local annonce la visite du docteur X..., qui recevra à l'hôtel Z..., tels ou tels jours de telle à telle heure.

Et les gogos d'accourir, trop heureux si les malades ne sont pas estropiés en même temps que leur bourse est soulagée d'une bonne somme.

Le docteur X..., n'est qu'un nom de guerre, il ne figure sur aucun annuaire et c'est un employé qui fait la tournée et propose aux clients les appareils coûteux qui guériront sans nul doute.

D'autres fois, de vrais docteurs annoncent leur passage de la même façon, et ce sont les yeux (1), les oreilles, les voies urinaires, les maladies des femmes qui sont particulièrement visées par ces spécialistes décentralisateurs, je ne parle pas des instituts variés qui de Paris rayonnent vers la province dans les mêmes conditions.

Comme on nous demandait à chaque instant conseil sur la ligne de conduite à suivre dans ces cas, nous avons pensé qu'il y aurait intérêt pratique à étudier une bonne fois la question, et à tenter de fixer les règles qui permettront à nos confrères lésés de limiter l'envahissement de leur clientèle. J'ai tout d'abord adressé un questionnaire aux Syndicats et aux Sociétés professionnelles. En voici le texte :

« Paris, le 15 mai 1907.

Monsieur et honoré Confrère,

A voir le nombre de plaintes et de demandes de renseignements qui parviennent à l' « Office » au sujet des commis-voyageurs médicaux possesseurs ou non du diplôme de Docteur en Médecine, il semble bien qu'il y ait là un véritable mal dont souffrent particulièrement nos confrères de province.

Nous voudrions voir adopter par toute la France une ligne de conduite uniforme, et, dans ce but, nous vous prions de vouloir bien répondre aux questions ci-dessous :

I. Votre ville ou votre région est-elle visitée régulièrement : 1° par des docteurs spécialistes ; 2° par des guérisseurs de hernies, marchands de ceintures, pessaires, etc..., dont le passage est annoncé, pour les uns et les autres, par voie d'affiche ou par les journaux locaux ?

II. A-t-il été fait, dans votre région, une tentative quelconque pour mettre fin à ces tournées ?

III. Dans le cas de l'affirmative, quelles mesures ont été employées ? Ces mesures ont-elles été efficaces ?

IV. Considérez-vous, comme *présentant un intérêt* général, une action énergique et commune des Syndicats et des Sociétés de défense professionnelles pour entreprendre une lutte contre ces commis voyageurs médicaux ?

Vous nous obligeriez beaucoup, Monsieur et honoré Confrère, en nous adressant sans retard vos observations sur ce sujet. Il importe, en effet, que, dans cette circonstance, nous ne perdions pas de temps en consultations prolongées, il faut de l'action.

Dès que seront reçues les réponses à notre questionnaire, nous saisirons l'Office des éléments de la cause, et, avec l'aide de nos collègues du Barreau, nous rédigerons une note qui vous sera envoyée et que nous demanderons à la Presse Médicale de répandre dans nos journaux, pour que tous nos Confrères puissent en faire leur profit.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de nos sentiments confraternels et dévoués.

Le Président. *Le Secrétaire général,*

Docteur LEREBOULLET. Docteur Ch. LEVASSORT ».

Un assez grand nombre ont répondu et groupant ces réponses, j'ai sollicité le concours de Me Bruno Dubron qui partage avec moi les fonctions de secrétaire de l'Office. M. Bruno Dubron a bien voulu se charger de vous faire un rapport qui sera soumis à votre approbation et publié si vous le croyez utile.

Nos confrères auront ainsi une réponse précise sur un point qui les touche plus que nous ne pensons, nous qui habitons la capitale.

(1) Un de nos confrères du Midi m'a adressé une affiche dans laquelle on ne craint pas de se réclamer de titres officiels, médecin du Ministère des Postes, de l'Instruction publique, etc.

Authenticité des diplômes.

Une autre question qui nous a paru devoir retenir aussi notre attention, c'est celle de l'authenticité des diplômes et des renseignements à demander aux Doyens concernant les docteurs en médecine. Ceci en vue de l'établissement d'un annuaire officiel du corps médical français. Vous savez tous, Messieurs, que rien n'a été précisé dans l'obligation de l'enregistrement du diplôme.

La loi de 1892 article 9, dit que les docteurs en médecine, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes sont tenus,dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai. Ceux ou celles qui n'exerçant plus depuis deux ans veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions. Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus sous les peines édictées à l'article 18.

Article 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou les accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Or, sans préjuger de ce qui se passe ailleurs, nous pouvons dire que cette formalité se passe à Paris le plus simplement du monde. On peut envoyer son diplôme par sa bonne ou son cocher. La Préfecture enregistre ; aucune pièce d'identité n'est requise, aucune signature n'est demandée. Si, par la suite, flairant l'escroquerie on se renseigne, on apprend que, à telle adresse, un monsieur qui se dit le Dr X... à bien fait enregistrer un diplôme et que par conséquent il s'agit bien d'un vrai docteur. Or, le diplôme est-il vrai ou faux ? Le titulaire est-il bien le soi-disant docteur X... ? Mystère.

La Faculté pour des raisons inconnues mais en vertu d'ordres supérieurs n'avait jamais consenti à nous faciliter un contrôle.

Dans ces conditions nous n'aurions jamais pu espérer faire notre annuaire dont la nécessité s'impose cependant et nous avons résolu de faire tomber cette barrière qui jusqu'alors s'opposait à toute vérification.

Le bulletin de l'*Union* a publié les faits, je les reprends car ils ont un réel intérêt.

Les demandes de Renseignements aux Facultés de Médecine pour faciliter la Répression de l'exercice illégal de médecine.

Les Facultés de médecine refusaient systématiquement de donner les renseignements indispensables à la répression de l'exercice illégal sur la scolarité de docteurs ou prétendus tels.

Ainsi M. le Dr Ch. Levassort, secrétaire général de l'Office de l'exercice illégal écrivait le 10 mai à M. le Doyen de la Faculté de Paris la lettre suivante :

10 Mai 1907.

« Monsieur le Doyen,

Le Président du Syndicat de l'Allier me demande quelques renseignements concernant un M. Z..., se disant Docteur en médecine et installé dans les environs de X... depuis quelque temps.

Ce Confrère aurait été reçu docteur à Paris le 17 juillet 1903.

Vous serait-il possible, Monsieur le Doyen, de confirmer le fait et de me dire en même temps si M. Z... est possesseur du diplôme d'Etat ou du diplôme d'Université.

Je pense que ma demande sera bien accueillie, et je vous adresse par avance mes remerciements pour la bienveillance dont vous voudrez bien m'honorer.

Daignez agréer, M. le Doyen, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Secrétaire de l'Office central pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine.

Docteur Ch. Levassort,
2, place des Vosges, Paris. »

En réponse à cette lettre, M. Ch. Levassort recevait la lettre suivante ;

FACULTÉ DE MÉDECINE.

UNIVERSITÉ
DE PARIS.

« Paris, le 16 mai 1907.

Monsieur,

Je ne puis que vous engager à vous adresser au Préfet du département de l'Allier dans le but d'obtenir les renseignements que vous sollicitez.

La Faculté ne s'occupe pas des questions concernant l'exercice de la médecine.

Recevez, Monsieur l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Secrétaire de la Faculté,
Destouches. »

M. le Dr J. Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, écrivit à ce sujet à M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, une lettre en date du 20 mai 1907 publiée dans le n° 10 du *Bulletin officiel* page 294.

« Paris, le 20 mai 1907.

Le Dr J. Noir, Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, à Monsieur le Directeur de l'Enseignement supérieur.

Monsieur le Directeur,

A maintes reprises, plusieurs Syndicats de province nous ont prié de nous informer auprès de la Faculté de Paris de l'époque à laquelle telle personne soupçonnée d'exercer illégalement la médecine avait passé sa thèse ou de demander si tel docteur était pourvu du diplôme d'Etat ou du diplôme d'Université. Invariablement, le doyen de la Faculté de Médecine nous a fait répondre qu'il ne pouvait déférer à notre demande, l'Administration universitaire exigeant à ce sujet le secret le plus absolu.

Le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, dans sa séance du 15 mai, s'est ému de cette décision qui empêche nos Syndicats de poursuivre utilement la répression de nombreux cas d'exercice illégal de la médecine. Avant d'en saisir le groupe médical du Parlement, il m'a chargé de vous demander quelles sont les raisons qui ont décidé l'Administration universitaire à imposer le secret aux Facultés de Médecine pour des actes qui devraient jouir de la plus large publicité et ceci pour la sauvegarde même de la santé publique.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Conseil d'administration et par ordre :

Le secrétaire général,

J. Noir,
46, rue de la Clef ».

Cette lettre reçut la réponse suivante qui donne toute satisfaction aux Syndicats ;

MINISTÈRE
de
L'INSTRUCTION PUBLIQUE
DES BEAUX-ARTS ET DES CULTES
DIRECTION
DE
l'Enseignement Supérieur
1er *Bureau*

Paris, le 8 juin 1907.

Monsieur le Secrétaire général,

Vous avez bien voulu appeler mon attention, au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France, sur l'intérêt qu'il y aurait, au point de vue de la répression de l'exercice illégal de la médecine, à ce que ces syndicats fussent renseignés sur la nature des études médicales poursuivies par les étudiants de nationalité étrangère.

J'ai entretenu de ce vœu M. le Ministre qui en a reconnu la légitimité et décidé d'y donner satisfaction.

Des instructions sont, en conséquence, adressées à MM. les Doyens et les Facultés de médecine pour que, le cas échéant, les syndicats médicaux puissent être renseignés au Secrétariat de chacune de ces Facultés sur la nature des études poursuivies ou accomplies par tel ou tel étudiant étranger (titre universitaire ou diplôme d'état).

Je suis heureux de porter à votre connaissance cette décision qui répond au vœu que vous avez bien voulu me transmettre.

Agréez, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur de l'Enseignement supérieur.

BAYET.

Le résultat de cette décision ne tarda pas à se manifester. M. Ch. Levassort reçut de M. Lereboullet, président de l'Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine communication de la lettre suivante :

Paris, le 11 juin 1907.

Monsieur le Docteur,

M. Lereboullet me charge de vous envoyer une copie de la lettre qu'il a reçue de M. le Secrétaire de la Faculté de Médecine, en réponse à la demande qu'il lui avait adressée le 27 mai dernier au sujet d'un Dr X..., dont M. le Président vous a entretenu.

J'ai l'honneur de vous transmettre cette copie sous ce pli.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de mon profond dévouement.

A. FAILLARD.

Copie de la lettre adressée par M. le Secrétaire de la Faculté de Médecine, à M. le Président Lereboullet.

FACULTÉ DE MÉDECINE
CABINET
DU
SECRÉTAIRE.

UNIVERSITÉ DE PARIS.

Paris, le 10 juillet 1907.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il résulte des recherches auxquelles j'ai fait procéder qu'il n'existe pas de trace aux archives de la Faculté d'un dossier au nom de X..., dont le titulaire aurait été reçu Docteur en médecine, le 29 novembre 1881.

Je vous prie d'excuser le retard que j'ai mis à répondre à votre lettre du 27 mai, mais outre que les recherches dans nos archives sont parfois compliquées, j'ai dû demander à l'Administration supérieure l'autorisade vous faire cette communication, autorisation que je viens seulement de recevoir.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués et dévoués.

Signé : DESTOUCHES.

Cette fois, vous le voyez Messieurs, un pas est franchi, et nous ne sommes plus exposés à une fin de non recevoir de MM. les Doyens de nos Facultés. Puisque nous pouvons vérifier, nous n'aurons garde d'y manquer.

Annuaire officiel.

La confection d'un annuaire officiel aurait entre autre avantage celui de nous permettre une entente avec MM. les pharmaciens et faciliterait la vérification des ordonnances.

J'ai reçu à cet égard des propositions, mais je n'avais pas la certitude que notre liste pourrait être présentée avec des garanties d'authenticité absolue.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que la confection d'un annuaire officiel permettrait la centralisation de tous les documents concernant les médecins et le travail de vérification fournirait les matériaux du contrôle des irréguliers.

Les deux listes ne peuvent pas ne pas être confectionnées dans le même bureau et doivent émaner de la même direction. Justement il est question en ce moment de la réorganisation administrative du Syndicat des médecins de la Seine, l'Union des syndicats elle aussi a besoin de remanier ses services ;l'instant est donc propice pour tenter de mettre sur pied ce travail qui demandera du temps mais dont l'utilité n'est pas contestable.

De l'étranger même, j'ai reçu la récente confidence d'un de mes confrères qui me dit qu'on serait heureux de voir un ouvrage de ce genre publié par une société comme la nôtre.

Des intrigants sans mandat n'hésitent pas à se parer de titres qu'ils ne possèdent pas. Le moyen de les convaincre d'imposture fait actuellement défaut, l'annuaire officiel y pourvoiera.

Ligue internationale contre le charlatanisme.

Il me reste enfin Messieurs à vous parler d'un événement important auquel malheureusement notre office n'a pu prendre la part qu'il eût souhaité.

Je veux parler de la réunion de la Ligue internationale contre le charlatanisme qui s'est tenue à Berlin le 23 septembre à l'occasion du Congrès d'Hygiène.

Pendant les vacances, fin août, je recevais un mot du professeur Treub d'Amsterdam m'informant de l'intention qu'avaient les membres de cette Ligue contre le charlatanisme de se réunir à Berlin.

J'avisai sans retard le Dr Lereboullet, Président de l'Office, mais il me répondit que ses dispositions étaient prises et qu'il lui était impossible de se rendre en Allemagne fin septembre.

J'échouai de même dans mes tentatives auprès de Me Rocher et de Me Bruno Dubron et pensais bien pouvoir aller représenter l'office dans cette circonstance assez solennelle.

Je ne tardai pas à recevoir une lettre officielle du secrétaire de la Ligue dont voici le texte.

Monsieur,

J'ai reçu votre honorée du 26 août,

Monsieur le Professeur Hector Treub vous aura bien informé que notre Comité international contre la Charlatanerie est fondé le 12 novembre 1905.

Ils se sont formés ces Sub-Comités à Berlin (Deutsche Gesellschaft sur Bekampfung des Kurz pfuschertums) à Vienne (Osterreichische Ges. z. B. d. K.) à Upsala (Schwedische G. z.B. d. K.) à Karlsruhe (Gesundhetsrat) et aux Pays-Bas (Vereeniging tegende Kivahuzalerij.) Jusqu'à présent nous n'avons pas encore d'autres pays, qui ont pris part, de la sorte que nous nous réjouissons fort que vous et votre ligue seront présents à notre Assemblée à Berlin, car nous espérons que nous fondrons à Berlin une grande Ligue Internationale, qui aura des membres dans tout le monde.

Nous espérons que vous et d'autres membres de votre Office central voudront bien assister afin de constituer la grande Ligue Internationale.

Le Programme que notre Sub-Comité Néerlandais a l'honneur de présenter se trouve ici-bas et je vous prie de le vouloir bien répandre parmi les membres de votre Ligue.

Ce programme n'est comme vous voudrez bien accepter qu'une introduction incomplète qui doit être remplie et corrigée.

Vous et votre comité ont le droit d'inviter autant de Délégués que vous pensez utile et si vous voulez encore inviter des délégués d'autres pays comme de l'Italie, d'Espagne, il nous sera non seulement agréable, mais nous vous serions fort reconnaissants.

A cause que nous n'avons jusqu'à présent pas encore beaucoup de membres, nous n'avons pu obtenir des avantages pour les transports et des billets ; tarifs réduits.

Considérez que je n'ai jamais vécu en France je vous prie de vouloir excuser qu'ils se trouveront des fautes en style ou grammaire dans ma lettre et dans la traduction du programme.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

J. M. VAN ELK.

Secrétaire du Comité Néerlandais du Comité International contre la Charlatanerie.

Le Comité International contre la Charlatanerie, institué au 12 novembre 1905 à l'occasion du 25 jubilé du Vereeniging tegen de Vuvahralnerg (Ligue contre la Charlatanerie) à Amsterdam, dont maintenant le haranguer, le Sub-Comité Néerlandais a l'honneur de représenter, vous invite à une assemblée au mardi le 24 septembre 1907, le soir à 7 heures, dans le petit salon (Kleinen-Saal) du Pangenbeckhaus, Zieglerstrasse No 11-14, afin de discuter plus ou moins, ce qui suit :

1° La suppression définitive des comités internationaux contre la charlatanerie et la fondation d'une Ligue internationale, ensuite à élire une Commission afin de fixer les règlements de la Ligue. Le Sub-Comité néerlandais propose de fixer les principes suivants : tâcher à atteindre.

a) Des lois uniformes contre la charlatanerie.

b) Des lois internationales pour combattre contre les annonces des Charlatans et des spécialités dans les journaux, brochures, etc.

2° Comparaison des lois qui existent déjà dans les différents Etats contre la Charlatanerie.

3° Fondation d'un organe international.

Le Sub-Comité Néerlandais contre la Charlatanerie.

J. M. VAN ELK.
Secrétaire.

Toutes mes dispositions étaient prises pour être à Berlin le 23. J'avais même retenu mon billet quand deux interventions que je ne pus différer me retinrent et me privèrent à mon grand regret de mettre mon projet à exécution. J'avais même préparé une note que je comptais lire à l'ouverture de cette session ; et je vous demande la permission de vous en donner connaissance, espérant que vous en approuverez les termes.

« Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier de l'invitation que vous nous avez adressée de prendre part à cette réunion. Nous aurions été désireux de venir en plus grand nombre, mais à cette époque de l'année, il est difficile de rallier son monde, chacun a profité des vacances et nos collègues de l'Office étaient dispersés un peu dans tous les coins de la France en même temps qu'ils avaient pris leurs dispositions pour leur congé.

Notre président, M. le Dr Lereboullet, Membre de l'Académie de Médecine et Président de l'Association générale des Médecins de France, eût été tout particulièrement heureux de se joindre à vous, il m'a chargé de vous apporter ses regrets et de vous assurer de sa complète sympathie. Personnellement, je déplore son absence, car avec sa haute autorité et sa grande valeur professionnelle il eût été mieux qualifié que moi-même pour prendre part à vos travaux.

A défaut de ma compétence, vous pouvez toutefois, Messieurs, compter sur ma très grande bonne volonté.

Nous ne devons pas oublier que c'est d'Allemagne qu'est parti le mouvement très net de lutte contre le charlatanisme, et que c'est à Breslau qu'a eu lieu la première exposition qui a, pour ainsi dire, matérialisé les faits et a donné à comprendre au Corps médical le danger capital dont il était menacé.

Je salue donc avec reconnaissance ces protagonistes zélés dont les noms sont sur toutes les lèvres, les Sieffart, Reissig, Alexander, et bien d'autres que je m'excuse de ne pas nommer.

Votre tentative, Messieurs, de grouper dans un faisceau les hommes qui dans tous les pays combattent le charlatanisme ne peut être considérée comme une utopie, le mal est, en effet, général, il existe dans le vieux comme dans le nouveau monde et son extension vient surtout de ce que le charlatanisme est une maladie bien humaine. La manière de lutter, la législation à opposer à l'accroissement du fléau demeurent soumises à ces considérations locales et à des nécessités qui varient avec les pays, mais le mal est d'ordre général. Partout on en souffre, plus ou moins toutefois, et si je ne me trompe, il semblerait qu'en France nous sommes moins à plaindre qu'en Allemagne par exemple. Ceci, toutefois, ne peut guère être prouvé, car on a une tendance bien naturelle à se figurer le mieux chez les autres et le pire chez soi.

Quand je dis que nous sommes moins à plaindre, il faut en expliquer les motifs. Nous devrions être plus favorisés, car nous avons une loi contre l'exercice illégal de la médecine qui serait une bonne loi et une forte barrière si on l'appliquait mais... on ne l'applique pas, on l'applique peu, ou on l'applique mal ! ! !

Vous redirais-je, Messieurs, la difficulté qu'on rencontre à faire considérer comme un malfaiteur, par un magistrat, un homme qui se présente avec un cortège de louanges qui lui sont envoyées de toutes parts... Ce sont des lettres élogieuses qui déclarent des guérisons fantastiques ou des témoins qui assurent, qu'abandonnés de tous, ils n'ont trouvé le bien-être que du jour où ils se sont adressés au guérisseur. Quel moyen de faire comprendre à ces gens qu'ils auraient guéri aussi bien d'une autre façon ou même sans rien faire.

Le succès du charlatanisme vient de la foi qu'il inspire, et ce facteur important est trop négligé de nos jours. Bien rares sont les maîtres, et cela dans tous les pays qui par ce temps de matérialisme et de rationalisme tout sec se risqueraient à parler à leurs élèves de la foi et de la confiance qu'il faut que le médecin inspire.

A mon sens, nous aurions tort de ne pas nous accuser pour une part de ce qui fait notre mal, et nous serions bien inspirés en profitant de la dure leçon de l'expérience pour modifier quelque peu sur ce point notre enseignement et notre pratique.

La façon dont la science se répand, aidée dans cette diffusion par la Presse, est encore une raison qui fait le succès du charlatanisme.

Le médecin d'autrefois demeurait dogmatique et mystérieux, il ne parlait guère et dédaignait d'expliquer. Aujourd'hui, il ne peut plus faire de même, et quand je lis ces longues tirades consacrées à la démonstration ou à l'affirmation de faits controuvés, je déplore l'abstention des savants qui devraient prendre part au mouvement actuel en écrivant des articles de science mis à la portée des intelligences avides de connaître, mais non encore aptes à la saine critique.

La publicité est une force économique contre laquelle tout effort est vain, son développement tient à des causes d'évolution bien marquées et on peut être certain que toute réclame bien faite donne un résultat. On a mis la santé au rang des denrées coloniales, c'est triste, mais c'est ainsi. Pourquoi ne pas se servir d'une arme qui donne d'heureux résultats aux mains des autres.

Je sais, Messieurs, que cette manière de voir est un peu osée et je m'excuse si je froisse en parlant ainsi l'opinion de quelques-uns d'entre vous, ma conviction est qu'actuellement nous ne lutterons contre le charlatanisme qu'en opposant à la réclame la contre-réclame et en consacrant à cette lutte beaucoup, beaucoup d'argent.

Notre Congrès de Paris de 1906 avait été fait dans le but de créer un mouvement d'opinion dans le corps médical d'abord, dans le public ensuite, et enfin de documenter les magistrats qui ignorent trop souvent les méfaits des guérisseurs.

Ce triple but a-t-il été atteint ? Je n'oserais l'affirmer tout au moins dans la mesure où je l'aurais souhaité, mais enfin, les médecins s'émeuvent et prennent l'habitude de nous demander conseil, ce qui est déjà beaucoup.

Jadis on se contentait de gémir, on sait maintenant qu'en s'adressant à nous on peut être renseigné sur les mesures efficaces à prendre.

Le public n'a pas été très attentif à notre acte, et cela vient de ce que la Presse qui vit de la réclame n'a pas consenti à nous aider comme il eût fallu. L'argent nous manque....

Le résultat auprès du pouvoir judiciaire a été plus net, et de ce côté nous avons eu des satisfactions, bien minimes pourtant, car une amende de quelques cents francs est bien peu de chose en comparaison des bénéfices colossaux réalisés par ces instituts aux titres sonores qui ne craignent pas de faire des promesses mirifiques.

J'ai apporté quelques volumes que je regrette de n'avoir pas pu vous offrir en plus grand nombre et que je vous demanderai la permission de vous remettre pour vos diverses Sociétés ; ce sont les volumes qui contiennent nos divers rapports du Congrès de 1906 et les discussions qui ont suivi.

Vous y lirez les paroles, les dernières, hélas ! ! prononcées par notre regretté maître, le professeur Brouardel, dont cette entreprise fut la dernière. Mourant et rongé par le mal qui le terrassait quelques jours plus tard, il avait tenu à venir ouvrir cette première séance de notre Congrès et son dernier cri fut un cri d'alarme. Nous ne l'oublierons pas et c'est pieusement que nous continuerons la lutte dans laquelle sa haute autorité nous avait conseillés et guidés. Saluons, Messieurs, et bien respectueusement la mémoire de celui qui fut un bon médecin, un honnête homme et un grand Français.

Vous lirez également le rapport très consciencieux et de fine critique du Professeur Kossmann de Berlin. Je ne surprendrai aucun de vous en vous disant, Messieurs, l'impression laissée parmi nous par le délégué et le vice-président de la Chambre médicale de Brandebourg et de la ville de Berlin. La parole de notre éminent Confrère, fut toujours écoutée avec un vif intérêt, et soit au cours de discussions soit aux réceptions qui eurent lieu, M. Kossmann nous a toujours tenus sous le charme. Mon grand regret, Messieurs, est de ne pouvoir m'exprimer dans votre langue comme M. Kossmann a su le faire en Français.

Pardonnez-moi de vous avoir retenus si longtemps et, en terminant, laissez-moi formuler le vœu de voir nos efforts aboutir à un fructueux résultat pour le plus grand bien de la science, pour la santé publique et aussi pour la profession médicale qui donne tant à la Société et qui peut légitimement demander de n'être point toujours une dupe. »

Dr Ch. LEVASSORT.

Cette allocution fut adressée à M. Van Elk en le priant d'en donner lecture s'il le jugerait bon, et je chargeai en outre M. le Dr Siefart de Charlottembourg de m'excuser et le priai de distribuer aux membres présents quelques uns des volumes de notre Congrès.

Actuellement, je manque de renseignements sur ce qui s'est passé, j'espère qu'on nous enverra des documents et je m'empresserai de vous les communiquer, mais je vous demande de m'autoriser à écrire à nos confrères étrangers que nous nous associons à leurs efforts et que si nous avions pu être informés un peu moins tardivement, nous aurions certainement pris nos dispositions pour répondre à leur invitation.

Une exposition du Charlatanisme a eu lieu pendant le Congrès d'Hygiène, nous saurons par les confrères qui ont été à Berlin, l'intérêt que cette exposition aura suscité ; mais dès maintenant nous sommes convaincu que cette manifestation ne l'aura cédé en rien à ce qui a eu lieu il y a deux ou trois ans à Breslau.

J'ai rapidement rappelé, Messieurs, les événements saillants de l'année, et je serai heureux si vous estimez que nous avons fait un travail utile, notre trésorier dont le dévouement n'est jamais assez vanté, vous dira quel est notre bilan, et vous verrez ensuite s'il convient de nous continuer votre appui.

Nous aurons pendant l'année qui commence une activité peut-être un peu plus grande pour les affaires d'exercice illégal qui concernent spécialement le Syndicat de la Seine.

Beaucoup de ces affaires nous échappaient et ne pouvaient être suivies faute d'indication reçue en temps utile.

Or, grâce à une combinaison que nous devons à l'initiative toujours en éveil de Me Rocher, l'un de nos vice-présidents, et avec le bienveillant concours de Me Gillet, l'avoué du Syndicat de la Seine, nous serons désormais exactement et rapidement renseignés.

En plus de la question de l'annuaire toujours à l'étude et dont nous allons désormais pouvoir nous occuper très sérieusement j'estime que nous devons porter notre attention sur les faits scandaleux d'avortement plus ou moins provoqués ou facilités par ces annonces qui masquent des entreprises louches.

Par ce temps de puériculture et de guerre à la dépopulation, nous ne pouvons manquer de trouver des auxiliaires précieux dans les Ligues que ces faits intéressent ; il s'agit là d'une question triplement grave au point de vue moral, social et au point de vue médical.

Enfin, au nombre des questions qui méritent plus que notre attention et sollicitent notre vigilance, il convient de citer encore la tentative des masseurs magnétiseurs pour obtenir la *libre pratique* ; une pétition qui compte 243.000 signatures a été remise au Parlement et il faut nous souvenir que l'électeur est roi dans notre démocratie. Vous me direz, Messieurs, si vous estimez nécessaire la publication en annexe de cette pièce, à mon avis fort importante et qui montrera mieux que de belles paroles l'étendue du danger.

Notre bonne volonté ne reculera pas d'ailleurs devant les tâches nouvelles et nous comptons que le corps médical pour qui nous luttons saura nous signaler ce qui peut être utilement entrepris par l'office.

Nous ne saurions refuser aucune collaboration et bien au contraire nous les sollicitons. Qu'on ne craigne pas de s'adresser à nous, nous agirons toujours pour le bien de chacun et dans l'intérêt du corps médical.

Rapport présenté le 11 octobre 1907 au Conseil de l'Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Par le Dr GOUFFIER (de Neuilly), Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

Le 29 juillet 1906, votre commission des finances (1) voulait bien entendre et approuver le rapport de votre trésorier qui présentait à son examen le détail des opérations comptables effectuées depuis la préparation du Congrès — mai 1904 — jusqu'à la date ci-dessus. Laissez-moi vous rappeler qu'à ce jour du 20 juillet 1906 la physionomie de notre caisse était la suivante

Recettes...	10.949 95
Dépenses	9.005 95
Avoir...	1.944 00

Votre trésorier restait donc comptable de cet avoir qui, suivant la décision du Congrès, devait être employé à la publication de ses séances et constituer pour le solde le premier fond de notre office. C'est de son emploi que je dois aujourd'hui vous rendre compte. Cet avoir initial s'est grossi, au cours de cette année 1907, des subventions suivantes accordées généreusement par ces sociétés que l'on trouve toujours et partout, quand il s'agit de concourir à notre défense professionnelle.

3 avril 1907 : Association générale des médecins de France	500 francs.
6 juin 1907 : Sou médical	500 »
1er juillet 1907 : Syndicat des médecins de la Seine	500 »
Enfin la subvention du Syndicat de Rochefort	10 »

qui vient de nous être remise et qui nous montre que nos efforts commencent à être connus de nos confrères de province, porte notre compte recettes à un total de 3.453 fr. 60.

Les dépenses du 20 juillet 1906 à aujourd'hui, ont été importantes ; leurs bordereaux mensuellement et si minutieusement établis par votre dévoué secrétaire général, approuvés par votre président, s'élevèrent à un total de 3.049 fr. 30. De cette somme, une grosse part de 1.488 francs servit au paiement de l'éditeur du volume du compte-rendu du Congrès. Le reste, soit 1.561 fr. 30, comporte les indemnités du sténographe et de la dactylographe qui préparent ces comptes-rendus : 220 fr. 75, le traitement de notre employé ; 700 francs, loyer de notre local ; 100 fr. 20, l'envoi aux congressistes du volume précité ; 69 fr. 50, le règlement d'une note d'imprimerie ; 60 francs, enfin, pour le reste, les dépenses courantes du secrétariat.

En résumé, Messieurs et chers confrères, l'état de notre caisse est aujourd'hui le suivant :

Recettes	3.453 60
Dépenses	3.049 30
Avoir	404 30

Cet avoir, si restreint soit-il, ne me paraît pas devoir faire naître en vous une inquiétude quelconque sur l'avenir. Des subventions importantes nous ont été accordées, notamment par l'Union des Syndicats médicaux ; elles assurent momentanément la vie de l'Office. D'autre part, il ne paraît pas que nous ayons de grosses dépenses à prévoir ; la liquidation du Congrès est achevée, nous nous sommes séparés de notre employée devenue inutile, au moins de façon permanente, les dépenses prochaines promettent d'être réduites et l'on peut prévoir que le fonctionnement de l'Office n'exigera, au moins dans ses débuts, qu'un budget modeste qu'il sera sans doute assez facile d'alimenter. Plus tard si votre office rend au corps médical les services que celui-ci en espère, s'il prend le développement que certains d'entre nous attendent de lui, nous ne doutons pas que nos sociétés professionnelles, les grandes comme les petites, les provinciales comme les parisiennes, n'assurent l'existence matérielle d'une œuvre dont elles auront pu alors apprécier l'utilité et estimer le mérite.

Dr GOUFFIER.

(1) MM. les docteurs Duchesne, Levassort et M. Rocher.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Le nouveau Syndicat.

Donzy, 5 novembre 1907.

Monsieur le rédacteur en chef,

Votre correspondant, le Dr Gautier, vous a informé de la scission qui s'était produite dans le Syndicat de la Nièvre entre les médecins administratifs et... les autres.

Dans une longue lettre parue le 3 novembre dans le *Concours*, le Dr Subert s'efforce de justifier cette scission, dont il est l'auteur, et prend à partie les confrères, dont je suis, qui ont soutenu et voté la proposition du libre choix du médecin

par les parents nourriciers des enfants assistés.

Notre confrère a eu tort de s'effaroucher du vote émis par le Syndicat sur un principe qui, j'ai pris soin de le déclarer, *respectait les situations acquises*.

Il ne visait donc aucun des confrères attachés à l'administration. Il ne visait pas davantage l'administration départementale qui, dans l'organisation de l'assistance médicale et de la vaccination gratuites a fait preuve d'un véritable libéralisme à l'égard des médecins de la Nièvre. Ce vote était amené par ce que le Dr Subert appelle « la force des choses ! la marche ineluctable !! d'une organisation qui progresse (?) », mais qui, loin de nous mener, comme il le prétend, au médecin administratif conduit au médecin indépendant.

Notre confrère, grâce aux fonctions de son père a longtemps voyagé à l'œil. Il regrette sans doute cette faveur, aussi voudrait-il voir ses confrères partager leur place de tacot, etc.. Il aime le partage, mais nous verrons plus tard comment il l'entend.

En attendant, qu'il permette de lui dire que les fonctions de médecin de chemin de fer n'ont rien de comparable avec celles de médecin des enfants assistés.

Les Cies ne doivent pas les soins médicaux à leurs agents en cas de maladie, mais seulement en cas de blessures ; c'est la loi. Toutefois, dans le premier cas elles leur *offrent* les soins gratuits d'un médecin de leur choix en leur laissant toute liberté d'en prendre un autre s'il leur plaît, mais alors à leurs frais. Celui qui donne une faveur a bien le droit d'y mettre une condition.

Toute autre est la situation de l'administration. Tutrice des enfants assistés, elle *doit* leur assurer les moyens d'existence et les soins médicaux. Elle paie, c'est vrai, mais avec nos deniers, quelle que petite que soit notre part contributive. Or, de ce qu'elle paie, a-t-elle le droit d'imposer un médecin? Assurément non, pas plus que le patron d'un accidenté du travail ou la Cie d'assurances qui le garantit et paie n'a droit d'imposer le sien au blessé.

D'aucuns la considèrent comme une mère. A mon avis, la mère n'est-elle pas plutôt celle qui nourrit l'enfant, l'entoure de sa sollicitude journalière, qui l'adopte en un mot ? Demandez-le aux assistés adultes !

L'administration, elle, place les enfants et paie. Elle remplit le rôle administratif qui est le sien.

A l'encontre des parents nourriciers, elle ne connaît pas, au point de vue professionnel, j'entends, les médecins qu'elle choisit. Seules, des fiches tenues secrètes, établies, chacun sait comment, la renseignent sur la nuance politique des candidats, car il faut avoir une nuance spéciale assez mal définie parce que variable, pour être admis au chevet des nourrissons.

Eh bien ! j'estime qu'une administration avisée devrait nous traiter sur le pied de l'égalité et ne pas créer aux uns des situations privilégiées au détriment des autres. Si, comme le prétend le Dr Subert, les honoraires annuels du médecin, de l'A. P. sont quantité négligeable, pourquoi tient-il tant à la fonction ? C'est qu'elle entraîne avec des émoluments qui ne sont pas toujours à dédaigner, quoi qu'il en dise, le privilège d'entrer dans les familles et de « canaliser » la clientèle des parents nourriciers et de ceux qui aspirent à le devenir. Par le temps qui court, ceux-ci sont légion, et voilà pourquoi la fonction de médecin des enfants assistés est tant convoitée.

L'administration va plus loin. Non contente de créer entre nous des inégalités choquantes, elle fait souvent de ses nourrissons l'instrument des haines et des vengeances locales. Qu'un médecin professe des idées qui n'aient pas l'heur de plaire à une municipalité, aussitôt on lui colle un concurrent auquel l'administration, bonne (?) mère cette fois, confie le service des enfants assistés sans lequel il ne pourrait que végéter. De là, ces rivalités, ces jalousies qui nuisent tant à la dignité du corps médical. Le libre choix aurait tôt fait de les faire disparaitre.

Je passe sous silence le mode de placement des enfants qui à certaines périodes sert de monnaie électorale. Nos députés en savent quelque chose. Que nous sommes loin du rôle de mère dont voudrait se targuer l'administration !

Que fait une mère quand son enfant tombe malade ? Vite, elle mande le plus proche.

L'Assistance, elle, s'inquiète peu de la rapidité des secours. Aussi, voyons-nous journellement à l'heure actuelle des parents nourriciers habitant une localité pourvue d'un médecin, obligés d'aller quérir à 10 et 12 kil. le médecin administratif. Ah ! s'ils avaient le libre choix !

Notre confrère ne veut pas s'occuper de la façon dont se recrutent les membres du corps médical nécessaires au fonctionnement des services publics.

C'est dommage ! Il aime mieux poser des questions de haute fantaisie auxquelles je m'en voudrais de répondre, et nous parler du devoir du médecin administratif qui ne doit point se borner à faire des visites parce que rétribuées (*sic*), mais aider dans la limite de quelque (?) pratique administrative à assurer le fonctionnement aussi intelligent que nous voudrons bien lui accorder — des lois d'assistance. »

Et moi qui croyais que le premier et le vrai rôle du médecin était de soigner des malades ! Quelle naïveté !! Eh bien, cher confrère, puisque vous tenez tant aux fonctions administratives et que vous êtes si bien en cour, faites donc décréter la création d'un service de médecine administrative, vous êtes tout indiqué pour en être le titulaire, mais laissez à chacun de nous le libre accès au chevet des nourrissons malades.

Pour nous démontrer les bonnes (oh combien!) intentions de l'U. S. dont il est le fondateur, le Dr Subert nous donne le compte-rendu de la première réunion. Nous l'en remercions beaucoup, car il est édifiant.

Un confrère, qui ne rêve pas d'économies, demande que les enfants de la protection du 1er âge soient inscrits à l'Assistance gratuite. Il a raison, à condition toutefois qu'ils ne soient pas « canalisés » comme les indigents ainsi que nous l'apprend son collègue.

Nous nous demandons ce que fera l'administration en présence du second vœu formulé par l'U. S. et ansi conçu ; » Insérer dans le contrat de placement l'*obligation* pour le patron de prendre le médecin de l'assistance pour les Enfants Assistés, en cas d'accidents de travail. Ce vœu n'a pas eu l'unanimité. Le rappporteur a dû pour sa rédaction, s'inspirer d'une police d'assurances agricoles, mais comme on n'a pas spécifié le genre d'accidents, notre confrère Subert a dû le rejeter lui qui « tient à assurer le fonctionnement intelligent des lois d'assistance. »

Nous l'en félicitons tout en déplorant qu'une telle proposition ait pu être votée dans une réunion médicale. Poursuivons et voyons comment ce confrère entend le partage dont il est question au début de sa lettre.

Il paraît que le Conseil général subventionne les chemins départementaux avec notre argent, cela va sans dire. Eh bien ! le confrère Subert n'y va pas par trente-six chemins et fait adopter le vœu suivant :

« Le département doit (c'est formel) faire insé-

rer dans le cahier des charges la nomination, comme médecins, des médecins titulaires du service administratif départemental. »— Pendant qu'il est dans le train, il ne s'arrête pas en si bon chemin. Il veut tous les services, sauf l'assistance médicale gratuite qui est réglementée de façon libérale, mais il compte sans doute que, pour ce service, la « canalisation » lui suffira.

Et pourquoi veut-il tout accaparer ? Par raison d'économies, parce qu'il faut des médecins ayant l'intention loyale d'appliquer les lois, parce que nous n'avons pas réfléchi à ce qui se passerait le jour où l'administration s'adresserait à plusieurs médecins dans le même canton. « Voyez-vous, ajoute notre confrère, le piètre résultat qu'on obtiendrait forcément (?) fatalement (??) d'ouvriers élevant un édifice avec un plan différent » Pourquoi différent ? Je ne comprends plus.

Tous les services à un seul « uni soli » U.S. c'est sa devise, ce sera sans doute celle de l'Union Syndicale des médecins administratifs de la Nièvre. Il ne dit pas si les fonctions seront gratuites. Ce serait pourtant un moyen de réaliser les économies qui lui sont chères.

Et maintenant j'espère que l'auteur d'un tel projet, que j'ai eu le don de faire éclore, ne se contentera pas de l'approbation de l'U. S. Comme il intéresse tous les médecins, il aura à cœur de le faire sanctionner, par un vote au futur Congrès des Praticiens, cela lui donnera plus de force et plus de valeur.

Au début de sa lettre, notre confrère parlait d'un terrain d'entente, nous lui donnons rendez-vous sur ce terrain à la prochaine réunion du Syndicat de la Nièvre. Là nous pourrons discuter courtoisement sans abuser de la bonté de cet excellent organe qu'est le *Concours Médical.*

Docteur DURAND.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Rambouillet.

Compte rendu de l'Assemblée générale du 13 *novembre* 1907.

Ce fut une assemblée presque générale que notre assemblée générale du deuxième mercredi de novembre : dix-neuf présents sur vingt-et-un syndiqués !

Si nous ne croissons pas en nombre, nous gagnons en assiduité. Seuls les docteurs V. (de Dourdan) et V. (de Rambouillet), auront à payer, en sus de leur cotisation, l'amende statutaire de six francs (pas d'excuses valables autres que la maladie de l'absent).

Voici les résultats de nos délibérations :

1° Sur le rapport Le Fur, en faveur de l'autonomie des Universités *avec toutes les conséquences de cette autonomie* :

Le Syndicat émet un vœu en faveur de cette autonomie et de la libre concurrence qui s'en suivra (*A l'unanimité*).

2° A propos du projet de M. Caillaux (impôt sur le revenu) et de ce fait que les vérifications possibles auraient pour résultat de violer le secret professionnel :

A la majorité, le Syndicat proteste contre le projet, tel qu'il est connu du public, sans préjuger de ce qui est de l'impôt sur le revenu considéré comme principe.

3° Affaire Cormon. Le syndicat adresse ses félicitations à notre confrère à l'occasion de l'heureuse issue de son procès.

4° A l'unanimté, les syndiqués votent l'adhésion à l'Union des Syndicats médicaux à partir du 1er janvier 1908.

5° Malgré une ardente plaidoirie de notre confrère D. (de Saint-Chéron) la question de l'adhésion au « Sou médical » est considérée comme une affaire qui regarde chacun de nous séparément.

En vain, nos confrères D. et G. ont illustré la conversation d'exemples probants., ... et servis *tout chauds, tout bouillants* ! (Voir plus loin.)

6° Plusieurs membres nous ont entretenus de propositions à eux faites d'appliquer le tarif Dubief à la Société de Secours mutuels des cantonniers.

A l'unanimité, nous décidons de décliner toute proposition de cette nature, d'où qu'elle vienne.

Nombre d'entre nous songent à refuser purement et simplement de soigner les blessés soumis à la loi de 1898, parce que le Tarif Dubief a abaissé contre toute raison le prix de notre visite ordinaire (et le prix des certificats.... qui engagent lourdement notre responsabilité pécuniaire).

Ce tarif, que le diable emporte ! a d'autres défauts, dont le moindre n'est pas de nous conduire à fournir des notes détaillées, avec produits et sous-produits d'une élasticité tout à fait déplorable.

7° Affaire du docteur V. (syndiqué) qui vient d'être révoqué de ses fonctions de médecin à l'hospice de Ch. et remplacé par le docteur R. (non syndiqué).

Le Syndicat prend deux résolutions :

a) Nous écrirons à M. le Préfet pour protester contre un grave vice de forme : notre confrère V. n'a été appelé à s'expliquer ni devant la commission administrative qui a proposé sa révocation, ni devant M. le Préfet qui a prononcé cette révocation.

b) Nous écrirons à notre confrère R. pour lui demander s'il veut bien venir s'expliquer devant des arbitres (à désigner sous les formes ordinaires) sur les conditions dans lesquelles il a accepté si vivement de remplacer le Dr V.

Le syndicat n'avait pas été appelé par le Dr V. à prendre position sur le fond dans cette affaire.

8° L'affaire suivante (contamination d'une nourrice par un nourrisson — responsabilité du médecin-inspecteur) a été l'occasion d'un échange de vues des plus animés.

Le médecin-inspecteur mis en cause nous expose les faits :

Une dame X. a un nourrisson, *au sein*, A, qui est atteint d'impétigo suintant, à récidive. Cet enfant reçoit les soins du Dr D. (syndiqué) et membre du « Sou » ; plus tard la nourrice le montrera au Dr P. (également syndiqué) qui parle des soins à prendre pour éviter *la contagion* aux enfants de la maison et qui fait une ordonnance comportant, entre autres choses, de l'oxyde jaune de *mercure.*

L'enfant A. est rendu à ses parents en février, il est vu par divers médecins et va mourir d'athrepsie dans un autre département.

En juin, la nourrice, qui allaite un second nourrisson B, montre au médecin-inspecteur un bobo assez récent : C'est un beau chancre dur du mamelon.

Traitement immédiat avec des préparations à *base de mercure* et, *pour éviter la contagion* encore, ordre de cesser l'allaitement.

Seulement il est trop tard pour l'enfant B. chez lequel on observera bientôt l'accident initial.

Eclairée par les deux coïncidences soulignées (contagion par ci, contagion par là ; mercure là comme ici) la nourrice n'hésite pas et, bien conseillée, demande quelques dommages-intérêts

au confrère D. oh ! un rien ! cinquante mille francs.

La brave dame n'a guère oublié qu'un point ; c'est que dans l'intervalle elle a, bénévolement, donné le sein à un troisième enfant C. que sustentait mal le biberon d'une autre nourrice qui dès avant juin.....

Mais c'est assez compliqué comme ça.

Notre confrère P. s'explique très nettement sur toute cette affaire : quant à l'enfant A., il a fourni un certificat régulier avec le diagnostic impétigo, pour mettre hors de cause la famille de cet enfant. Ce certificat soulage le Dr D.

Mais le Dr P., demande ce qu'il aura à faire si, en dehors de ce certificat, il est appelé à s'expliquer sur les propos à lui prêtés par la nourrice qui amplifie de mémoire les *grrrrandes* précautions à prendre pour éviter la contamination.

Quid du secret professionel ?

A l'unanimité, le Syndicat considère que le confrère P., peut et doit s'expliquer sur la contagiosité du pus et que de telles précautions n'ont rien à voir avec le secret professionnel. Il n'y a pas qu'une maladie contagieuse ; le Dr P. n'a aucune raison de se taire sur ce point. Il ne se taira pas !

Accessoirement est venue la question de savoir si un médecin est *obligé* de délivrer un certificat au client qui le lui demande (nous supposons cette demande faite dans les règles..... par l'intéressé lui-même) et nous avons conclu que rien ne nous obligeait à délivrer un certificat.

Moralement, et en général, nous devons être prêts à conclure par écrit ce que nous avons vu et fait, mais il n'y a à l'appui de ce *devoir, aucune contrainte* possible.

9o La proposition qui fait l'objet de ce neuvième et dernier chapitre de nos délibérations n'a eu aucun succès ;

Le secrétaire voulait donner sa démission ! oh, en toute amitié. Il a été blacboulé dans les grands prix et cloué...... à son porte-plume.

Le fait est que çà n'était pas des raisons qu'il donnait : il est partisan de l'impôt sur le revenu même sous la forme Caillaux. — Et puis après ?

Ça été la fin joyeuse d'une longue et très cordiale assemblée, après quoi on se mit à table : quatorze seulement !

Le secrétaire,
Jean CAMESCASSE.

Il va falloir négocier et faire un calendrier.... des réunions : Syndicat le 13 ; Société locale le 14 ; Concours les 16 et 17 ; ...... Pour ceux qui ont le voyage difficile, c'est trop !

REPORTAGE MÉDICAL

L'innovation du Dr Pozzi. — Avec humour et à propos, le « *Bulletin d'oculistique* » de Toulouse du confrère Rolland s'extasie devant la découverte récente faite par un délégué du Ministère de l'Agriculture se montrant *surpris et charmé que notre distingué Confrère, M. Pozzi, maire de Reims, ayant à construire des abattoirs, ait pris l'avis des vétérinaires, comme il prendrait celui des médecins pour construire des hôpitaux.*

O mentalité administrative, que tu te trahis bien par des approbations de ce genre ! Car est-il un seul citoyen de bon sens qui croie, dans sa naïveté, que le geste Pozzi soit révolutionnaire ?

Sainte Routine seule est capable de ces étonnements.

Assistance publique.—M. Rondel, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, a été nommé, pour la session de décembre 1907, en remplacement de M. le Dr Thulié, membre de la commission de l'examen d'aptitude aux emplois d'inspecteur et de sous-inspecteur de l'Assistance publique.

La réforme des études médicales. — Dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, M. le Dr Verger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de cette ville, insiste sur l'utilité pratique de l'adoption des deux mesures suivantes pendant les années de début du stage hospitalier des étudiants.

1o Division des étudiants en groupes ayant à leur tête, pour les guider, par des conférences et leçons pratiques, un chef anatomiste et un chef pathologiste ;

2o Organisation pour les étudiants, pendant ces deux premières années, d'exercices cliniques dans tous les services.

D'autre part, M. le Dr E. Bureau, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, écrit dans un récent article de la *Gazette de médecine de Nantes* du 19 octobre 1907, à propos de l'enseignement clinique à donner aux étudiants, les lignes suivantes qui sont la conclusion de son étude :

« Mon projet, des plus simples, peut se résumer en quelques mots : confier *officiellement* l'enseignement de la pratique médicale à ceux qui disposent des éléments d'étude indispensables, les *malades*, c'est-à-dire aux médecins, chirurgiens, accoucheurs, chefs de consultation des Hôpitaux de nos grandes villes, recrutés par voie de concours et présentant toutes les conditions de savoir et d'instruction. Exiger des étudiants la *présence quotidienne* dans les services hospitaliers pendant plus de quatre ans et l'*assiduité* aux leçons d'enseignement pratique que leur feraient ces maîtres.

Ce n'est pas une révolution. C'est simple et rationnel. Qui sait si on en fera jamais l'application ?

Faculté et hôpitaux.

M. le prof. Dieulafoy reprendra ses leçons de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau, le samedi 23 novembre 1907, à 10 h. 1/2 du matin, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Visite et examen des malades tous les matins, à 9 h. (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Enseignement complémentaire (démonstrations cliniques et exercices pratiques. Séméiologie : MM. Crouzon et Le Play, chefs de clinique, le mercredi et le samedi, à 5 h., salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne. Anatomie pathologique et bactériologie : MM. René Gaultier et Nattan-Larrier, chefs de laboratoire, le jeudi, après la visite, au laboratoire de la clinique. Laryngologie, rhinologie, otologie : M. Bonnier, le lundi après la visite. Electrothérapie, radiologie : M. Lacaille, le vendredi, après la visite. — Dermatologie : M. Déhu, le mardi, après la visite.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs JUVÉNAL, de Toulon ; VOISIN, de Criel (Seine-Inférieure), et PLANTY-MAUXION, de Diégo-Suarez (Madagascar), membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 48 Dimanche 1er DÉCEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

AU SYNDICAT DE LA SEINE

MINISTÈRE DES ASSUREURS

Ordre de mobilisation

EN AVANT ! — MARRRCHE !

Dimanche dernier, avaient lieu les élections pour le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine. Après entente entre tous les directeurs des Compagnies d'assurances, les médecins des Compagnies recevaient, samedi soir, la lettre suivante.

La X...

Compagnie anonyme à primes fixes contre les accidents de toute nature.

Siège social. Paris, le 23 novembre 1907.

Monsieur et honoré Docteur,

Dans sa prochaine réunion du 24 courant, le Syndicat des Médecins du département de la Seine sera appelé à élire un président ; à ce sujet, et en raison des bonnes relations que nous nous flattons d'entretenir avec vous, nous nous permettons de vous faire remarquer l'intérêt qu'il y aurait à ce que le nouvel élu présentât toutes les conditions de compétence et d'indépendance réclamées par ces hautes fonctions.

Deux candidats se trouveraient en présence : M. le Dr Diverneresse, président sortant, et M. le Dr Guillon, demeurant à Paris, 69, bd. Malesherbes.

Nous ne voudrions en aucune façon vous influencer sur le vote que vous émettrez en toute conscience, nous en sommes convaincus. Toutefois, la défense des intérêts qui nous sont confiés nous fait un devoir de vous rappeler combien le docteur Diverneresse s'est montré, en maintes circonstances, peu bienveillant envers les Compagnies d'assurances.

Monsieur le docteur Guillon bénéficie de l'estime de ses confrères, on se plaît à reconnaître sa droiture et son impartialité, nous prenons donc la liberté de le recommander à votre bienveillante attention.

Agréez, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée,

Pour la Compagnie,

L'Administrateur-Directeur.

Par ces temps où les Compagnies et les hommes à leur solde protestent contre le racolage des blessés, il faut avouer que ces Compagnies ont été *bien mal* inspirées de pratiquer *le racolage des électeurs*. Nieront-elles maintenant qu'elles donnent des ordres à leurs médecins et qu'elles tentent de violenter leur conscience ?

Pour l'honneur du corps médical, l'un d'eux, M. le Dr Vincent (de Nanterre), leur a adressé la lettre suivante :

Nanterre, le 23 novembre 1907.

M. le Directeur de la Société d'Assurances, la X..

Monsieur,

En réponse à votre circulaire datée du 21 novembre 1907, concernant l'élection du Président du Syndicat des médecins de la Seine, j'ai à vous prévenir :

Que je vous envoie par cette lettre ma démission de médecin de votre Société.

Que ma démission est motivée par la haute inconvenance que vous faites, en vous mêlant à des questions qui ne regardent que des médecins.

Votre circulaire sera, d'une part, pour moi, une incitation à aller voter à la réunion, et voter pour qui bon me semblera. De plus, je montrerai à l'Association amicale des Médecins de la Banlieue-Ouest cette circulaire, *afin que mes confrères*, qui sont au nombre d'une centaine, soient avisés du mépris dans lequel vous semblez tenir la conscience du Corps Médical.

Inutile d'ajouter que j'informerai le docteur Diverneresse de vos agissements à son égard.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués,

Dr Vincent.

Parmi les médecins des Compagnies, d'autres se sont abstenus d'obéir à l'ordre de mobilisation, mais ils sont cependant restés au service de ces maîtres exigeants.

Un certain nombre d'entre eux ont obéi. Ils sont venus ardents, bruyants, demandant le vote immédiat, voulant éviter la discussion qu'ils craignent autant que la lumière.

Ils étaient peu nombreux, quatre-vingts à cent, ce sont toujours les mêmes, ce sont ceux qui sont venus faire de l'obstruction au *Congrès des Praticiens*, et qui ont dû sortir de la salle, lorsque, pour protester contre eux, les médecins venus de tous les points de la France déclarèrent que la discussion de la question du libre choix serait remise au lendemain.

A l'Assemblée Générale du Syndicat de la Seine ils sont venus, serviteurs fidèles, répondre à l'appel des Compagnies. Ils s'étaient réunis pour défendre leurs places autour de l'Assiette au beurre, et ils apostrophaient véhémentement le groupe opposé qui comprenait les vaillants soldats qui s'étaient groupés autour du drapeau de l'indépendance et de la dignité médicale.

Un incident assez curieux s'est produit. Pour oublier le poids de leurs chaînes, quelques uns prétendaient que le Syndicat voulait aliéner sa liberté au profit de la Société des Francs-maçons. Or, parmi ceux qui vitupéraient le plus haut contre cette Société, qui n'a rien à voir avec le Syndicat, nous remarquions quelques-uns des principaux personnages du Bureau de la Société des Médecins du service à domicile de l'Assistance gratuite, qui, précisément, quarante-huit heures auparavant, avaient donné la place d'honneur au banquet des médecins des bureaux de bienfaisance, à M. le Directeur général de l'Assistance publique, un des francs-maçons les plus estimés du rite écossais.

Pourquoi cette marque de déférence vis-à-vis de certains maçons et cette haine furieuse contre les autres ? Serait ce que l'un d'eux dispose de places et de décorations ?

Dès l'ouverture du scrutin, les défenseurs des compagnies se répandent dans les sections de vote et font circuler le mot d'ordre suivant : « *Votez pour qui vous voudrez, mais pas pour Diverneresse* ». Ordre des compagnies.

Le corps médical parisien a répondu comme il convenait aux financiers qui veulent exploiter ceux qui refusent de passer sous leurs fourches caudines. Le vote a eu pour résultat l'échec de la candidature officielle des compagnies d'assurances et de ceux qu'elles recommandaient.

Tout le bureau et la moitié des conseillers proposés par les médecins indépendants ont passé au premier tour. Il reste deux conseillers à élire, dimanche prochain. Nous demandons à nos adhérents du département de la Seine de venir, en groupe compact, parfaire notre triomphe en votant pour les candidats dont voici les noms :

Dally, Grunberg.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU "CONCOURS" ET DU "SOU MÉDICAL"

du 17 novembre 1907.

Les formalités légales ayant été accomplies, la séance est ouverte à 2 heures, sous la présidence de M. le Docteur Gassot, entouré de MM. Maurat, Jeanne, Cézilly, Diverneresse, membres du Conseil de Direction, Huguenin et Daverne, secrétaires ; Vimont et de Grissac du *Sou Médical* ; Mes Gatineau conseil, et Dumesnil, chef du contentieux.

M. Gassot, eu égard au grand nombre des questions à examiner propose d'aborder immédiatement l'ordre du jour.

Je donne la parole à M. Maurat, trésorier. M. Maurat rappelle que les comptes de l'année écoulée ont été publiés au numéro 44 ; il croit inutile d'en donner lecture à nouveau. (*Assentiment général.*)

Les comptes sont adoptés à l'unanimité.

Projet de Budget pour l'exercice 1907-1908.

Recettes.	
Avoir disponible à ce jour	3.269 69
Revenu probable du portefeuille	4.000 » »
Dons probables basés sur l'exercice précédent	230 31
Recettes approximatives sur les remplaçants	500 »»
	8.000 »»
Dépenses.	
Dépenses engagées pour l'exercice	1.700 »»
Indemnité à verser aux correspondants présents à cette assemblée	1.500 »»
Somme égale pour cette même dépense l'an prochain	1.500 »»
Supplément de frais du banquet 1907	1.600 »»
Déplacements des membres du conseil	800 »»
A la disposition de l'assemblée	900 »»
	8.000 »»

Ce projet soumis au vote est adopté à l'unanimité.

La Maison de santé de la Plaine Monceau.

M. Maurat. — Vous avez entendu, Messieurs, que, dans l'actif des prévisions budgétaires qui viennent de vous être soumises figurent les intérêts probables du portefeuille pour une somme de 4000 fr. Ce chiffre n'est, bien entendu, qu'approximatif, mais je crois devoir vous faire remarquer que son augmentation dépend de vous dans une certaine mesure. En effet, une importante partie de notre capital a été placé, vous le savez, dans la Société de la Maison de Santé de la Plaine-Monceau. qui est la maison de santé du *Concours médical*, et pour laquelle nous devons solliciter toute votre bienveillance.

Pour ceux de nos confrères qui l'auraient oublié, je crois devoir rappeler ici : 1° que notre maison de santé a été dotée des derniers perfectionnements de l'hygiène ;

2° Que tous les chirurgiens sont admis à y opérer ;

3° Qu'un docteur en médecine y est attaché à demeure pour la direction de la maison, la surveillance des malades et les soins d'urgence qui pourraient être nécessaires, mais qu'il lui est interdit d'opérer lui-même.

4° Enfin que les prix, très abordables, varient selon les chambres occupées et qu'une réduction de 10 % sur ces prix est faite à tous les membres du *Concours médical* qui auraient besoin de s'y faire soigner ainsi qu'à leurs femmes et à leurs enfants.

L'ordre du jour appelle la question des *Sociétés de secours mutuels et du libre choix.*

La parole est donnée à M. Vimont, l'un des rapporteurs, qui fait la communication suivante :

Rapports du Corps Médical avec les Mutualistes.

L'année dernière, à pareille époque, nous vous entretenions des rapports du corps médical avec la mutualité en nous efforçant de vous montrer quels étaient les droits et les désiderata du Corps médical.

Nos amis, MM. Diverneresse et Gairal et notre dévoué Conseil, Me Gatineau, prirent part à la discussion de ce rapport qui nous servit de base au Congrès des praticiens

Nous vous disions à ce moment qu'une commission médico-mutualiste, sous la présidence de M. Loubet, était constituée dans le but de mettre fin aux conflits qui éclataient entre le Corps médical et les Mutualités.

Au moment de notre Assemblée générale, les conversations venaient d'être suspendues jusqu'au dépouillement d'une enquête générale auprès des Sociétés de secours mutuels portant notamment sur les points suivants :

1° Pratiquez-vous la liberté du choix du médecin pour les sociétaires ?

2° Rétribuez-vous les soins médicaux par visite ou par abonnement ?

3° Estimez-vous qu'il y aurait lieu de confier à des Commissions mixtes régionales, composées de mutualistes, de médecins et de pharmaciens, la charge de vérifier les notes et mémoires suspects d'exagération et de solutionner les divers conflits qui pourraient s'élever entre les intéressés ?

Quelques mois après, les résultats de cette enquête étaient communiqués à la Commission par M. Hébrard.

Nous constations que, par d'importantes majorités, les Sociétés de secours mutuels avaient adopté le système du libre choix, préféraient le tarif à la visite et réclamaient les Commissions d'arbitrage.

A l'unanimité, Mutualistes et Médecins concluaient qu'il y avait lieu de poursuivre l'entente sur ces bases, dont la mise en pratique avait été faite auparavant par les médecins et les mutualistes de l'Hérault.

Vers la même époque, se réunissait le Congrès des Praticiens. Vous avez, pour un grand nombre, assisté à ses séances; beaucoup d'entre vous y ont pris la parole et tous, par le *Concours médical*, avez été au courant de ses travaux. Je vous rappellerai néanmoins les différents vœux qui furent adoptés.

Vœu de M. Jaulin. — 1° Le Congrès des Praticiens se déclare opposé à toute réduction de tarif accordée aux mutualistes.

2° Il déclare que les médecins devront se faire rémunérer par les mutualités selon leur situation sociale et d'après le tarif syndical de la Société.

Vœu de M. Gairal. — Le service médical des Sociétés de secours mutuels doit être organisé de façon à respecter complètement la liberté absolue des sociétaires, en laissant à chacun d'eux le libre choix de son médecin. »

Puis le *Vœu additionnel du Dr Jeanne* :

« Le Congrès donne mission aux délégués médicaux de la Commission médico-mutualiste de poursuivre les négociations sur les bases indiquées par les syndicats médicaux dans les derniers mois, libre choix du médecin, tarif à la visite et commissions d'arbitrage. »

Conclusions de MM. Bolliet et Albertin.

1° Que les mutualistes aient le choix du médecin ;

2° Le service médical sera organisé suivant le système à la visite avec paiement intégral par la Société.

3° Le malade participera aux frais médicaux par le paiement des tickets donnant droit aux visites et aux consultations ;

4° Nous proposerons de faire demander au moment voulu l'insertion, sous l'article 6, du paragraphe suivant.

S'il est créé des secours en cas de maladie, chaque membre participant aura le droit absolu de choisir librement son médecin. Pour chaque consultation avec ordonnance, la société ne sera tenue que jusqu'à concurrence de la somme fixée par elle.

Enfin, pour terminer, celui du *Dr Bertillon* :

« Le Congrès des Praticiens, après avoir pris connaissance de tous les rapports relatifs au libre choix du médecin dans les mutualités, les grandes sociétés industrielles et de transports, pour les blessés du travail, pour les indigents, dans les manufactures et administrations de l'Etat, adopte, d'une façon générale, le principe du libre choix du médecin par le malade, quel qu'il soit, laissant à la commission de vigilance nommée par le Congrès le soin d'examiner et de prendre les décisions nécessaires pour arriver à une application pratique. »

A la même époque, l'Association générale des médecins de France s'occupait de la question et la discussion se terminait par la proposition de M. Jeanne, qui fut adoptée.

« Les Délégués de l'Association à la Commission médico-mutualiste, prenant acte de ce qui a été dit, feront tout leur possible pour faire admettre une tarification juste des honoraires médicaux, exigeront le libre choix du médecin et la rémunération à la visite par les mutualistes. »

Le Congrès des Praticiens terminé, commençait celui des Mutualistes de Nice où furent formulés les vœux suivants :

« L'Assemblée formule le vœu que, autant que possible, et en tenant compte des modifications imposées par les circonstances locales, le libre choix du médecin soit accordé aux mutualistes, étant entendu qu'il s'agit de médecins ayant accepté de traiter avec la Société ;

Que les Sociétés restent libres de choisir selon les habitudes locales entre le système du paiement à la visite et le système du paiement à l'abonnement ;

Qu'en tous cas des commissions arbitrales, médicales et mutualistes, soient appelées à connaître de toutes les contestations entre médecins et sociétés.

La Commission n'a pas voulu, de peur de compliquer le débat, se prononcer sur les procédés par lesquels on pourrait corriger les abus du paiement à la visite là où il est adopté, par exemple, l'élaboration par les pouvoirs publics d'un tarif à prestations médicales analogue à celui qui est en vigueur pour les accidents du travail, et qui consiste à mettre à la disposition des médecins une somme forfaitaire globale correspondant à la moyenne des dernières années, en laissant les médecins libres de répartir cette somme au prorata de leurs prestations ; le procédé enfin substitué par les Lyonnais au précédent et qui consiste à faire participer le sociétaire à la dépense médicale en lui demandant, outre sa cotisation ordinaire, un léger versement pour chaque prestation médicale qu'il provoque. »

M. Mabilleau propose le vœu additionnel qui suit :

« Le Congrès rappelle que l'accord entre le Corps médical et la mutualité ne peut être efficacement réalisé et maintenu que par des commissions d'arbitrage départementales composées de délégués autorisés des deux parties, et qui prendraient pour principe le maintien des secours médicaux immédiats et en nature dans les sociétés de secours mutuels »

Les mêmes vœux furent adoptés au Congrès mutualiste de Troyes, par les fédérations de l'Est.

En réalité, après avoir pris connaissance des vœux formulés dans les deux Congrès, nous devons nous demander où en est la question des rapports entre médecins et mutualistes.

Nous trouvons d'une part dans les vœux émis par le Congrès des Praticiens des différences notables, puisque l'un, celui du Dr Jaulin, conclut à la négation des Sociétés de secours mutuels, tandis que le vœu de MM. Bolliet et Albertin conclut à l'organisation d'un système destiné à amener l'accord entre mutualistes et médecins. Le Congrès de Nice, de son côté, admet le libre choix et la possibilité du paiement à la visite, mais avec des restrictions, certainement plus grandes que celles faites par les mutualistes de la Commission présidée par M. Loubet.

Un point reste tout de même acquis, c'est l'accord possible et déjà en partie réalisé sur trois points :

Libre choix du médecin ;
Paiement à la visite ;
Commission d'arbitrage.

C'est sur ces bases que peut être reprise ou continuée la conversation entre médecins et mutualistes.

C'est le mandat donné au Dr Jeanne et à ses collègues de la Commission par le Congrès des Praticiens et l'Association Générale des Médecins de France.

Reste à étudier le moyen pratique de réaliser les points sur lesquels nous sommes d'accord, libre choix, paiement à la visite, commission mixte.

Le Dr Jeanne nous disait à l'Association générale des Médecins de France : « Lorsqu'il s'agira de fixer des chiffres, c'est entre les unions mutualistes et les syndicats médicaux que devra se faire l'entente. Nous estimons que nous n'avons pas de mandat pour réclamer un tarif uniforme. »

Notre Confrère Gairal disait également au Congrès des Praticiens :

« Cette liberté, cette autonomie des sociétés médicales, de même que la liberté et l'autonomie de nos syndicats, dont l'Union n'est que la représentation suprême, sans en être le guide tyrannique, nous interdisent de songer à l'établissement d'un tarif uniforme pour toute la France. C'est aux syndicats médicaux à s'entendre dans chaque région avec les sociétés mutualistes ; c'est aux fédérations médicales à prendre des arrangements avec les fédérations mutualistes. »

Le Congrès des Praticiens a, de plus, en votant le vœu Bertillon, *donné mandat au comité de vigilance de mettre au point la question.*

Ces prémisses posées, quelle attitude devons-nous garder vis-à-vis des sociétés de secours mutuels ?

Nous autres membres du *Concours*, du *Sou*, groupements d'avant-garde, nous avons une obligation formelle : celle d'obéir aux décisions du Congrès des Praticiens ; ce Congrès nous a donné un mandat ferme dans son principe, mais offrant une certaine élasticité dans ses applications, par le vote des propositions Jeanne et Bertillon.

D'autre part nous n'avons pas le droit de perdre une occasion de faire la paix avec la mutualité et de créer une entente qui peut devenir cordiale par la suite. Nous avons plus d'intérêt à être évolutionnistes qu'intransigeants.

Devons-nous être en guerre avec les mutualistes ? Il ne faut pas perdre de vue que la guerre est préjudiciable au vainqueur et au vaincu. Nous pourrions porter un préjudice très grave à la mutualité qui est une œuvre sociale des plus utiles et des plus populaires, préjudice dont le corps médical pourrait subir le contre-coup.

N'oublions pas que le médecin a toujours été un philanthrope, que même, si nous avons enrichi la mutualité à nos dépens, nous ne devons pas renier notre passé, nous devons rester des hommes de progrès et dévoués à l'intérêt public.

Mais nous devons nous efforcer de diriger la mutualité dans une voie adaptée au temps et au milieu social. Nous devons nous mettre à la tête du mouvement mutualiste, lui prêter notre concours pour l'aider à faire son évolution ; il faut que la mutualité soit une œuvre de liberté et de solidarité et non une œuvre d'oppression et d'exploitation. Il ne faut pas que l'on puisse dire ce que nous pensons : « la mutualité c'est l'argent des autres »(subventions de tous genres, membres honoraires, honoraires dérisoires des médecins et des pharmaciens) ; il faut qu'elle devienne une institution où le droit du malade ira de pair avec le respect et la dignité du médecin.

La situation doit donc être la paix, dont les préliminaires ont déjà été signés à la commission médico-mutualiste, mais la paix armée, sans l'abdication de nos droits, jusqu'au jour où une nouvelle Conférence de La Haye médico-mutualiste, plus heureuse que sa grande sœur, la Conférence internationale, pourra amener, par une formule heureuse et des pourparlers remplis de conciliation, un désarmement désirable, mais impossible actuellement, surtout à cette heure où l'antimilitarisme est mal porté et a une mauvaise presse.

Nous devons suivre les conseils donnés par MM. Jeanne et Gairal. Les syndicats ou groupements doivent s'aboucher dès maintenant avec les mutualistes et les unions de mutualités régionales, créer des commissions mixtes pour étudier le mode d'entente avec les sociétés locales pour l'établissement du libre choix et du paiement à la visite. Ils se mettront d'accord sur un mode de rémunération permettant de sauvegarder la dignité des médecins. Ils s'attacheront surtout à bien démontrer que le système préconisé par nos associations avec l'établissement d'un contrôle ne doit pas augmenter, au moins d'une façon sensible, les dépenses des sociétés. Après un essai loyal, il serait toujours temps de rompre le contrat provisoire signé.

Dans la limite du possible, ce tarif sera celui de la classe sociale du sociétaire. Car, avec le libre choix, nos clients fortunés se précipiteraient dans les mutualités pour conserver leur médecin et lui offrir des honoraires réduits.

Il est juste que la société ne soit responsable des visites que dans une certaine limite, le reste étant à la charge du sociétaire qui prendra le médecin de son choix, médecin à honoraires modestes ou à honoraires élevés, selon son goût puisqu'il paiera la différence.

Les sociétés qui, en réalité, ne sont que des assurances-maladie, ont toujours le droit de limiter leurs risques proportionnellement à l'importance de la prime, absolument comme le font les compagnies d'assurance-incendie, où vous êtes assurés pour une somme déterminée ; et quand le sinistre dépasse l'importance de la somme souscrite, le reste est à la charge de l'assuré.

Les visites de nuit seront comptées le double des visites de jour. Les petites opérations pourront être payées pour la part incombant à la société, selon les indications du tarif Dubief.

La société garantirait dans certaines conditions la part afférente à sa participation aux frais médicaux, soit à l'aide de tickets ou de carnets, véritables carnets de chèques mutualistes. Dans ce cas, le médecin, à sa visite, recevrait du sociétaire malade, comme honoraires, un chèque mutualiste payable à présentation et le complément en argent.

Pour éviter les abus (car c'est là le point noir indiqué par toutes les mutualités), plusieurs systèmes ont été proposés, et la réunion de ces différents systèmes empêcherait sûrement les abus de se produire.

Un des plus intéressants, le système lyonnais, consiste à faire participer dans une petite proportion le malade aux frais de visite et de consultation.

La société peut vendre ses carnets de maladie à ses sociétaires moyennant une somme de tant, ou retenir cette somme sur l'indemnité de maladie.

Le carnet de chèques mutualiste se trouve apprécié de la façon suivante par le président d'une société de secours mutuels du Vésinet :

« La création d'un carnet de maladie est le seul vrai moyen qui puisse enrayer les abus des visites mutualistes et des frais pharmaceutiques.

« La société se composant de 316 membres participants, si chacun fait dans le cours d'une année l'économie d'une visite nous arrivons au résultat:

316 jours à 1 fr. 50	474 francs
316 ordonnances, même taux	474 francs
158 jours de secours pour homme à 2 francs	316 francs
158 jours de secours pour femmes à 1 franc	158 francs
Ensemble	1.422 francs

« De cette façon le déficit se trouve comblé.

Reste la question du carnet.

Trois cent seize membres participants prenant chacun un carnet de 5 fr., vous donnent un total de 1.580 francs, qui serait versé au fonds libre. »

Un second moyen pour limiter les abus serait, au moins dans les agglomérations urbaines, la création d'un médecin contrôleur payé par la Société ; il est juste qu'une société qui paie sache comment son argent est dépensé.

Le médecin, tout en se conformant aux règles de la déontologie, contrôlerait, non le diagnostic ou le traitement, mais la durée de l'incapacité du travail. Il serait contrôleur d'une région dont il ne pourrait être le médecin traitant ne pouvant servir, à la fois, les intérêts du malade et de la caisse. Enfin, les Commissions mixtes médico-mutualistes compléteraient ce système de défense.

Ce système, déjà mis en vigueur dans beaucoup de départements par l'assistance médicale gratuite, vient d'être encore proposé aux Compagnies d'assurances selon le remarquable rapport d'un des nôtres, le docteur Dally et fera sans aucun doute l'objet d'une proposition peut-être officielle lors de la révision du Tarif Dubief.

C'est certainement le mode à adopter dans l'avenir pour éviter tout conflit entre les médecins et les collectivités.

Cet ensemble de trois moyens permettrait aux sociétés de donner au médecin des honoraires dont sa dignité professionnelle n'aurait pas à rougir, et n'augmenterait certainement pas les dépenses de la société ; il n'augmenterait — et encore dans une très faible proportion — que les dépenses du sociétaire, par sa contribution personnelle à ses frais de maladie.

Comme la Société nous garantirait le paiement des honoraires pour la part lui afférant, nous n'aurions pas besoin d'encaisseurs ni de contentieux, et nous pourrions abandonner à ces sociétés une remise de 10 %, montant des frais d'encaissement que nous donnons habituellement pour cette opération.

Si la Société ne garantit pas le paiement intégral du montant des visites réclamées par le médecin, il restera une part afférente au malade dont le recouvrement sera des plus difficiles, si le médecin veut faire ce recouvrement lui-même ; c'est alors qu'il faudra créer des offices de recouvrement chargés de recouvrer les sommes dues aux médecins par tous les malades couverts par des collectivités, mutualités, assurances, communes, Etat, etc.

C'est ce que le « Sou médical » a compris en fondant un service de recouvrement sur les collectivités dont M. Dumesny, l'auteur de la proposition, va tout à l'heure vous donner lecture.

C'est sur des bases analogues à celles dont je viens de vous faire un court résumé que fonctionnent les sociétés du Rhône, les sociétés des médecins de l'Hérault et celles de Saumur. C'est peut-être également sur ces bases que le syndicat des médecins de la Seine va conclure un accord avec une société mutuelle dont il organise le service médical. Les bases en sont posées, il ne reste à régler que des questions de détail.

Tel est, chers confrères, l'exposé que nous avons tenu à vous faire de la question médico-mutualiste.

Ce sera à vous de nous dire si nous sommes dans la bonne voie, si nous devons continuer les négociations commencées, ou bien abandonner nos confrères à une lutte locale, par une rupture complète avec les représentants autorisés de la Mutualité.

La décision que vous prendrez à ce sujet sera également une indication et une ligne de conduite tracée à la commission de vigilance qui doit prochainement s'occuper de la question dont nous vous avons entretenus aujourd'hui.

Dr VIMONT.

M. Levraud (Saumur).— Un accord a pu intervenir entre médecins et S. S. M. de ma région, sur les bases des statuts de l'Hérault. La tarification à la visite est acceptée, et pour arbitrer les difficultés, des commissions mixtes ont été organisées. La convention aura son plein effet à dater de janvier prochain. La grande préoccupation des S. S. M. est la crainte de l'abus des visites. Pour intéresser le sociétaire à ne pas grever le budget de la Société, une cotisation de 0.25 par visite lui serait impartie.

M. Delthil (Briare). — Insiste sur la nécessité de fixer l'indemnité kilométrique.

M. Bolliet (Lyon). — Donne lecture du contrat passé entre le Syndicat médical du Rhône et les S.S.M. En raison de son importance, ce contrat sera publié par le *Concours*. Notons pour mémoire qu'il a été signé pour une durée de cinq ans par un groupement d'environ cent sociétés, aux principales conditions suivantes : Les médecins des S. S. M. seront pris sur une liste de médecins syndiqués. La visite à domicile sera de 2 fr. 50 la consultation de 2 francs, l'analyse d'urine de 5 francs.

La Société garantit un honoraire de 10 francs en cas de consultation à condition que le consultant soit pris sur une liste convenue. Les conflits seront portés devant une commission d'arbitrage.

M. Levraud (Saumur). — Nous avons appliqué le T. Dubief pour les pansements et les indemnités kilométriques.

M. Bolliet (Lyon). — Les interventions ne sont pas comprises dans le tarif lyonnais.

M. Dubois parle contre toute idée d'accepter l'existence de médecins contrôleurs, pour éviter des froissements.

M. Vimont. — Le rôle du médecin contrôleur doit se borner à dire si le malade est ou non capable de travailler. Il n'a pas à se préoccuper de diagnostic ou de traitement. D'ailleurs ces médecins devront être syndiqués et agréés par la Société.

M. Bolliet. — Il ne faut accepter de médecins contrôleurs que dans les grands centres.

Les conclusions du rapport de M. Vimont mises aux voix sont adoptées.

Les commissions d'arbitrage dans la médecine des accidents du travail.

M. Jeanne donne lecture de la communication suivante :

Mes chers confrères,

Sous la rubrique permanente « *Chronique des accidents du travail* », nos journaux vous tiennent au courant de tous faits accomplis, au fur et à mesure qu'il convient de les signaler, dans l'évolution de la question si changeante dont j'ai à vous entretenir.

Je laisserai donc là le passé pour attirer avec force toute votre attention sur l'avenir de nos relations avec les responsables prévus par les lois de 1898 et de 1905.

Il semble que tout le monde éprouve fatigue, déception, d'aucuns disent même dégoût, devant les chicanes sans nombre qui sont soulevées sur les points les moins contestables de la loi, de la jurisprudence, des arrêtés et règlements, des tarifs, etc., relatifs à la matière. On se reproche, entre assureurs et médecins, tous les crimes imaginables, et de fait, l'attitude perpétuelle de belligérants engendre journellement des incidents, des abus, des actes de mauvaise foi qui ne sauraient durer toujours sans arriver à compromettre l'application d'une loi bienfaisante et humanitaire, respectable entre toutes.

Nous avions cru, d'abord, nous médecins, avoir fait preuve suffisante de notre esprit de conciliation en acceptant le principe d'une tarification unique si difficile à établir avec équité devant l'aspect toujours variable des espèces. Dans cette voie des garanties à donner aux responsables, nous avions ensuite cru bon de pousser jusqu'aux limites raisonnables : 1° en accordant la rédaction expliquée dans tous ses détails de nos notes d'honoraires ; 2° en prévoyant le contrôle déontologiquement fait par le médecin délégué du patron ou de l'assureur. Mais nous eûmes bientôt à pressentir que cela ne suffirait pas encore pour satisfaire ceux qui, pour raisons d'argent, voudraient nous tenir sans cesse sous le régime de la suspicion généralisée. Aussi, afin de créer un terrain où l'on put causer, délibérer et s'entendre entre intéressés, vos délégués à la Commission du tarif avaient-ils insisté, de toutes leurs forces, il y a deux ans, en faveur du renvoi d'avance de tous les abus possibles à des Commissions mixtes d'arbitrage permanent, analogues à celles qui existent en Allemagne, analogues encore à celles qui se sont créées dans nos départements pour l'application de la loi d'assistance, analogues enfin à celles que mutualistes et médecins ont organisées en certaines régions et que Vimont vous proposait tout à l'heure de généraliser.

Nous n'avions pas réussi à obtenir cette création.

Mais le Congrès des Praticiens l'a réclamée à son tour ; après lui, nos groupements ont repris cette revendication formulée tout récemment encore par le Dr J. Noir au nom de l'Union des Syndicats et par le Dr Dally, au nom du Syndicat de la Seine. Si bien que, ces jours derniers, les représentants autorisés du Gouvernement nous ont dit : « Si vous nous en apportez la demande, dûment approuvée par vos mandants des Sociétés professionnelles, il vous sera donné satisfaction. »

Nous n'avons pas varié depuis deux ans dans notre opinion sur les avantages de cette mesure. C'est pourquoi, chers confrères, nous venons solliciter de l'*Union des Syndicats*, du *Concours Médical*, du *Sou Médical*, l'approbation réclamée par les pouvoirs publics pour la deman dequi serait déposée par MM. Dubuisson, Pédebidou et Jeanne.

Si pressantes que soient vos demandes de révision du Tarif de 1905, nous serions même heureux de savoir que vous êtes désireux de ne la voir entreprendre qu'après création du rouage projeté, *afin que l'esprit de suspicion et les reproches d'abus* ne continuent pas de vicier les délibérations de ceux que le Ministre croit devoir consulter utilement en matière de tarification.

C'est à cette double question que je suis chargé de vous demander réponse, vos indications touchant la révision en elle-même se trouvant dès maintenant recueillies et concrétées dans une note que vos délégués déposeront en même temps que la demande de création des Commissions d'arbitrage.

M. Brasse (Rouen) déclare que le T. Dubief n'est pas acceptable pour la campagne, que, d'autre part, les abus sont des deux côtés.

M. Jeanne.—Il existe malheureusement des abus réels, ils seront jugés par les commissions mixtes.

Le rapport de MM. Jeanne et Diverneresse, mis au voix, est adopté.

Caisse des retraites.

M. Verdalle, trésorier donne lecture de son rapport.

Messieurs et chers collègues,

J'ai l'honneur de vous présenter la situation de la caisse au 15 novembre 1907.

Vous verrez en lisant les chiffres ci-dessous que notre œuvre poursuit sa carrière du pas tranquille et sûr qui lui est habituel, encaissant les revenus que lui fournissent ses cotisations et son portefeuille, dépensant le moins possible, tout juste ce qui lui est indispensable pour vivre, payant sa dette aux membres retraités et plaçant le reste en valeurs de tout repos.

Elle a encaissé 84.000 francs, payé près de 32.000 francs de retraites, et placé la différence, soit environ 54.000 francs.

Grâce à l'appoint que vient lui fournir le versement de l'Association amicale, la Caisse des pensions de retraite maintient toujours à peu près au même chiffre le total de son encaissement de cotisations, soit environ 60.000 francs par an.

Le revenu de son portefeuille va toujours grossissant, il est d'environ 30.000 francs par an.

Le portefeuille s'augmente tous les ans de titres nouveaux pour une valeur de 60.000 francs environ.

Le bilan qui se chiffrait au 31 décembre dernier, par 842.291,13, dépassera donc au 31 décembre prochain le total de 900.000 francs.

Et l'exercice 1908 ressemblera comme un frère à celui de 1907, car nous pouvons d'ores et déjà en établir le budget. Les retraites de 1908 n'atteindront pas le chiffre de celles de 1907, car la mort a rayé un certain nombre de nos retraités et les nouveaux coûteront moins cher à la Caisse que les disparus.

Brutalité des chiffres, Messieurs, qui n'exclut pas les regrets !

Ne nous lassons pas de répéter, Messieurs, car cela ne se sait peut-être pas assez, que l'alliance conclue entre nos diverses œuvres de prévoyance est féconde en résultats heureux.

L'Association médicale nous apporte tous les ans de nouvelles recrues et cet appoint se chiffre cette année par un encaissement de 13.152 francs de cotisations.

L'Association générale vient en aide individuellement à ceux de nos membres qui seraient gênés pour payer leur cotisation ou dont le chiffre de pension de retraite est insuffisant. Cette année encore, je viens d'envoyer de sa part, une somme de 150 francs, à l'un de nos retraités, dont la pension est très minime et cet appoint la rend plus présentable.

Entre parenthèses, dirai-je que, suivant une généreuse habitude, M. Lereboullet, président de l'Association générale et M. Blache, son trésorier, abandonnent à notre œuvre le montant de leur retraite.

Que viennent donc prétendre ceux de nos confrères qui, attardés aux anciennes préventions, prêchent encore que chacun doit rester chez soi et que toutes nos œuvres de prévoyance ont intérêt à s'isoler.

Nous vous donnons la preuve du contraire, et ne nous lasserons pas de travailler à l'union qui fait la force.

Situation au 15 novembre 1907.

RECETTES

Cotisations			
Ordinaires		41.883 20	
Par l'Association amicale		13.152 »»	55.035 20
Dons			
Abandons de retraites par deux retraités		225 »»	
Par l'Association générale, pour augmentation d'une retraite		150 »»	375 »»
Portefeuille			
Intérêts des valeurs		23.766 95	
Remboursements pour amortissement			
15 fr Rente 3 % amortissable	498 00		
1 oblig. Banq. hypoth. 1880	975 20		
6 oblig. Foncières, 1880	2937 40		
1 oblig. Midi	490 15		
		4 900 75	28.667 70
Total des recettes			84.077 90
En caisse au 1er janvier 1907			16.736 85
Total			100.814 75

DÉPENSES

Frais généraux.		
Frais de bureau	54 15	
Frais de secrétariat	1.000 »»	
Frais aux banques	234 80	
Frais d'impression	591 05	1.800
Portefeuille (achat de valeurs).		
2 oblig. Banq. hypoth. 1880 (pour remploi)	1.126 20	
21 oblig. Banq. hypoth. 1880	11.571 »»	
6 oblig. Foncière 1883 (pour remploi)	2.562 »»	
40 oblig. Chemin de fer Orléans	17.300 »»	
1 oblig. Foncières 1883 (pour remploi)	430 50	
30 oblig. Foncières 1883	12.667 50	
20 oblig. Foncières 1883	8.460 »»	54.117 20
Retraites.		31.924 75
Total des dépenses		87.841 95
En caisse au 15 novembre 1907		12.972 80
Egal		100.814 75

L'assemblée vote à l'unanimité une motion de remerciements à M. Verdalle, pour le zèle et le dévouement qu'il apporte à la Caisse des retraites du corps médical français.

Lecture est faite par M. H. Cézilly, du rapport sur

L'Evolution du Syndicalisme médical.

Au moment de la création des premiers syndicats, les médecins ont compris que, pour faire face aux gros bataillons des sociétés d'assurances, des grandes entreprises industrielles, des mutualités, la petite armée syndicale devait être :

Supérieurement organisée ;
Convenablement disciplinée ;
Dotée des armes les plus perfectionnées et d'une tactique savante.

Les premières années de nos syndicats ont été employées à affirmer leur droit à l'existence, droits que les pouvoirs publics se refusaient à leur accorder.

Une fois ce droit bien établi, les syndicats médicaux ont recherché une organisation qui défiât la critique.

Pendant longtemps, ils ont cru trouver dans le syndicat de Versailles, le modèle d'une forte organisation et les règles d'une discipline sévère.

Actuellement, c'est le syndicat de Saint-Mandé qui leur sert d'exemple et qui veut les doter des armes qui leur sont indispensables pour le triomphe de leurs revendications.

Il se distingue des autres syndicats, par deux caractères nouveaux très spéciaux :

1° Il n'a pas de président ;

2° La cotisation de ses membres est de 27 fr. ; 5 fr. pour les besoins locaux du Syndicat ; 20 fr. pour l'affiliation obligatoire de chacun des membres au *Sou Médical* ; 2 fr. pour l'affiliation à l'Union des syndicats.

Tout commentaire serait moins intéressant que le compte rendu sommaire de la séance qui a précédé la confection des nouveaux statuts.

Ici, je laisse la parole à notre ami Diverneresse.

En juillet 1907, sur 14 médecins exerçant à Saint-Mandé, douze confrères s'étaient réunis dans une salle de la Mairie.

M. le Dr Mousson-Lanauze donnait lecture d'un projet de statuts inspiré par les statuts du Syndicat médical de Versailles.

On arrive à l'article 10 : Cotisations, amendes. Un confrère propose de fixer comme dans la plupart des Syndicats de province la cotisation à 5 francs.

Un autre confrère prend la parole. Il fait remarquer que cette somme est à la rigueur suffisante pour les frais d'administration d'un petit Syndicat. Mais, il fait remarquer aussi qu'avec une pareille somme, il sera impossible de créer des ressources et qu'à la moindre petite affaire, nous serons incapables de venir en aide à un des syndiqués injustement attaqué.

Dans ces conditions, le nouveau syndicat serait voué à l'impuissance ou à traîner péniblement une chétive existence.

Il fait encore observer que les ouvriers syndiqués versent en moyenne 10 fr. par an à leur syndicat pour la dé-

fense de leurs intérêts, que les mutualistes eux-mêmes versent 2 fr. par mois, 24 francs par an pour former ces syndicats de malades qui oppriment souvent les médecins ; que chaque médecin paye au minimum 30 fr. pour s'assurer contre l'incendie et que cependant il a moins de chances d'être incendié que d'être lésé dans le cours de sa carrière par les administrations, les Cies d'assurances, les mutualistes et les gros usiniers.

Un syndicat médical, pour atteindre le but qu'il se propose, doit donc, dès le début, posséder pour se défendre, « le nerf de la guerre » c'est-à-dire une caisse solide. Or, cette caisse existe, elle a déjà fait ses preuves, Elle est allée jusqu'en cassation pour obtenir le recouvrement d'une note de 200 francs qu'un mauvais jugement d'appel refusait à un médecin ; elle a dépensé plusieurs billets de mille francs, pour faire casser un arrêté préfectoral qui privait illégalement un médecin du droit de faire partie du service de l'Assistance médicale gratuite ; en ce moment elle conduit jusque devant le tribunal des conflits un maire qui a pris une décision injuste envers un médecin affilié au « Sou médical ».

Convaincue par ces arguments, l'Assemblée décida à l'unanimité qu'à la cotisation de 5 fr. pour les besoins locaux du syndicat, on ajouterait la somme de vingt francs pour permettre au secrétaire *d'affilier d'office* chaque membre du syndicat au « Sou médical »

Un autre confrère fit remarquer que si nous nous trouvions en possession d'une caisse assez puissante pour résister victorieusement à d'injustes attaques, nous ne devions pas oublier que d'autres syndicats en grand nombre s'imposent une taxe de 2 fr par membre pour affilier leurs membres à l'Union des syndicats médicaux de France, ce qui permet à l'Union de vivre et d'agir dans l'intérêt de tous les syndicats et de tous les médecins.

Si donc, dit-il, nous et notre syndicat, nous bénéficions des avantages qu'obtient pour le corps médical, l'Union des syndicats médicaux, ce serait vouloir vivre en parasite du corps médical que de ne pas participer aux frais de l'Union dans l'intérêt de tous les médecins ; il nous faut donc encore ajouter aux deux précédentes cotisations une cotisation de 2 fr.

Ce qui fut également accepté à l'unanimité. Ainsi fut créée la cotisation de vingt-sept francs.

La discussion suit son cours et on arrive à l'article 16 : Administration, Bureau et Conseil.

On propose comme pour tous les bureaux de syndicats ou de sociétés médicales un président, naturellement.

Mais un confrère observe que celui qui serait désigné comme président pourrait aux yeux de la clientèle passer pour un médecin supérieur aux autres ; que ces fonctions de président pourraient peut-être dans l'avenir flatter la vanité possible de plusieurs confrères, et que ce titre pourrait devenir ainsi « une pomme de discorde ».

On s'aperçoit alors que les syndicats ouvriers,qui font preuve d'une si puissante vitalité, se sont avec soin débarrassé de ce poids mort qu'est le président. Chez eux, en effet, à chaque réunion on choisit à tour de rôle un des membres présents qui, pour une seule séance, dirige les débats, et la prospérité du syndicat est loin de souffrir de ce mode d'administration.

Les médecins de Saint-Mandé décident donc qu'il en serait ainsi dans leur syndicat, que le titre et les fonctions de président seraient supprimés (art. 20) que chaque fois que le syndicat devrait se faire représenter, il déléguerait celui de ses membres qui lui paraîtrait le mieux désigné pour remplir la mission jugée nécessaire.

Le bureau devait donc comprendre seulement :

Un secrétaire,
Un archiviste,
Un trésorier.

Mais on fit encore remarquer que, dans l'intérêt du syndicat, il fallait faire passer par l'administration le plus grand nombre possible des membres du syndicat, ce qui permettrait à tous de juger des difficultés de l'Administration, qu'il était également prudent de ne pas laisser les mêmes personnalités s'éterniser dans le bureau pour que le syndicat ne paraisse pas être une petite chapelle ou le syndicat de quelques-uns.

On décida donc que les membres du bureau ne pourraient jamais conserver leurs fonctions pendant plus de deux années consécutives, et qu'ils seraient remplacés par d'autres confrères.

Cette manière de procéder présentait tous les avantages et supprimait tous les dangers que nous venons de signaler.

Mais elle présentait un grave inconvénient, c'est que tous les deux ans, le bureau, suivant les hasards d'un vote pourrait être composé de confrères n'étant point du tout au courant des affaires. Pour éviter ce danger il fut décidé que chaque membre du bureau serait doublé d'un adjoint, et que tous les deux ans les adjoints prendraient statutairement les postes des titulaires qu'ils avaient secondés pendant qu'ils étaient en fonctions. De sorte que tous les deux ans l'assemblée générale nomme, non pas le secrétaire, l'archiviste et le trésorier, mais seulement le secrétaire adjoint, l'archiviste adjoint, et le trésorier adjoint, les anciens adjoints passant de droit titulaires.

Ainsi fut constitué le syndicat médical de Saint-Mandé. Il est important de noter que ce syndicat n'est pas seulement en *projet, mais* qu'il est définitivement *constitué*, que toutes les cotisations de vingt-sept francs ont été payées au trésorier du syndicat, que le trésorier, à son tour, a versé au Sou médical et à l'Union des Syndicats médicaux de France les cotisations prévues par les règlements.

Et maintenant le syndicat médical de Saint-Mandé est-il le dernier mot du syndicalisme médical, en réalise-t-il l'idéal ? Nous répondrons non, pas encore complètement.

Pour que cet idéal soit à peu près atteint, il faudrait qu'en plus de cette prime de vingt-sept francs tout médecin syndiqué verse encore au trésorier de son syndicat :

1° Une prime d'environ 59 francs pour assurances contre la maladie ;

2° Une prime d'environ 110 fr. pour la retraite ;

3° Une prime d'environ 40 fr. pour contre-assurance de la retraite, ce qui permettrait en cas de mort du médecin, de rembourser à sa veuve toutes les primes versées par le confrère qui mourrait avant l'âge de la retraite.

C'est qu'en effet lorsque l'on parle à un jeune médecin de payer une prime pour s'assurer une retraite pour ses vieux jours, il vous répond : en payant cette prime je fais acte d'égoïsme, car pour m'assurer une retraite, je prive chaque année ma femme et mes enfants d'une somme qui leur serait utile et qui sera perdue pour eux.

Il est facile de répondre à cette objection en lui faisant remarquer :

Que l'argent de ces primes ne sera pas perdu pour sa famille puisqu'en payant une légère prime (30 fr.) de contre-assurance, sa veuve rentrera en possession de toutes les primes qui auront été versées, si le médecin meurt avant l'âge de la retraite.

Si le médecin, au contraire, arrive à l'âge de la retraite et qu'il en jouisse, non seulement les primes versées ne profiteront pas exclusivement au médecin, mais elles profiteront doublement à son épouse qui les partagera avec lui et aussi à ses enfants. En effet si le médecin ayant une retraite de 1200 fr. dont il a besoin pour vivre, et pour laquelle il a payé 149 fr., pendant 35 ans (soit un total de 5.220) ne s'était pas assuré cette retraite, il serait obligé d'immobiliser 40.000 francs environ pour avoir un revenu de 1.200 fr. équivalent à la retraite qui l'aide à vivre. Tandis que s'il a sa retraite de 1.200, il peut distribuer à ses enfants pour les doter ou les faciliter, la somme de 40.000 francs qu'il aurait dû conserver pour avoir les 1.200 de revenus dont il a besoin pour vivre sans exercer sa profession.

Tous cela est fort beau, direz-vous, mais vous demanderez au médecin de verser annuellement pour toutes ces œuvres de défense et de prévoyance l'énorme somme de 236 fr. et beaucoup de médecins ne peuvent pas le faire.

Je répondrai que tous peuvent le faire s'ils voulaient ne pas faire tant de charité aux mutualistes qui ont aujourd'hui 1/2 milliard de réserves, et si pour assurer la sécurité de leur famille et de leurs vieux jours, ils sacrifiaient moins à leur vanité en s'abstenant de faire de la médecine gratuite, en échange de vains rubans multicolores et bien démodés aujourd'hui aux yeux même des campagnards.

Oui chaque médecin devrait verser au trésorier de son syndicat la somme de 236 francs. Le trésorier se charge-

rait de l'inscrire d'office au Sou médical, à l'Amicale maladie, à la Caisse de retraite du Concours médical. Alors le syndicat pourrait les défendre contre tous ses ennemis : mutualités, Cies d'assurances, maire, préfet, maladie, vieillesse.

Le syndicat médical de Saint-Mandé tient jusqu'à ce jour le record dans cette voie.

Quel est le syndicat qui va lui enlever la coupe ?

A notre avis, là ne doit pas s'arrêter le rôle des syndicats médicaux.

La petite armée médicale doit s'inspirer des enseignements de la guerre moderne. Elle doit s'adapter au terrain sur lequel elle évolue. Le terrain social, elle doit le reconnaître soigneusement et évoluer suivant les règles que lui offrent les lois nouvelles et l'orientation de l'esprit public.

Etudions l'évolution sociale, les lois qui en sont la conséquence, nous nous montrerons ainsi les dignes auxiliaires et de la démocratie et de ses législateurs.

Nous serons de notre temps ou, pour employer la formule de nos voisins les Anglais, chacun de nous sera l'homme de la situation dans sa situation.

L'accession du prolétariat à la direction des affaires publiques, a orienté les législateurs dans une nouvelle voie.

L'ouvrier obéit à d'autres préoccupations que la règlementation du capital sous toutes ses formes. Il sait que, lui malade, la misère s'installe à son foyer.

L'accident et le chômage sont ses pires ennemis.

Les lois récentes ont cette origine commune, qu'il s'agisse d'accidents du travail, de protection des enfants mineurs, de repos hebdomadaire.

Elles répondent toutes à ces préoccupations légitimes.

Ces lois (dites sociales) s'imposent à l'attention des médecins les moins disposés à en étudier le fonctionnement et les répercussions qu'elles peuvent avoir sur l'exercice de la profession médicale, nous n'en voulons pour preuve que ce qui se passe à propos de la loi sur le repos hebdomadaire. Voici ce qu'ont pu voir tous les médecins des villes.

L'ouvrier, l'employé habitués au travail du dimanche se sont trouvés, du jour au lendemain, dans la rue, sans but et sans orientation. Tous les magasins sont fermés, il ne faut pas songer à faire des achats.

Restent donc les promenades en famille avec le jardin public, le cimetière ou le marchand de vins comme objectif. Ceux qui ont voulu donner à leur déplacement un but utilitaire ont trouvé dans leur passé pathologique ou dans celui de leur famille, un motif de détermination et le cabinet médical est devenu leur but de promenade. Aussi la sonnette du médecin a-t-elle résonné, depuis la promulgation de cette loi, d'une façon inaccoutumée et la conséquence a été celle-ci : le médecin s'est demandé par quels moyens il détournerait les promeneurs de son cabinet.

Il a pensé que la protection la plus efficace devait être recherchée dans une élévation du taux de ses honoraires. Le moyen une fois reconnu, il s'agit de le mettre en pratique sans provoquer trop de récriminations. Nous devons faire appel à toute notre diplomatie et bien nous pénétrer de cette vérité que les réformes, si légitimes qu'elles paraissent, doivent toujours passer par une période de préparation et que la façon de les présenter est pour beaucoup dans la facilité qu'on éprouve à les faire adopter.

Si nous voulons justifier l'élévation du taux de nos honoraires nous devons faire comprendre au public que, gardiens de sa santé, nous devons être honorés non seulement lorsque nous intervenons pour lui rendre la santé perdue, mais encore et surtout que nous devons être rémunérés des services que nous rendons en préservant la communauté par l'adoption des mesures d'hygiène bien comprises.

Prenons un exemple :

Tout récemment une mère de famille venait consulter l'un de nous et lui faisait part de ses doléances ; sa fillette se refusait à faire usage des cabinets de l'Ecole communale d'une saleté repoussante .Le médecin consulté, fit une visite à l'école, constata la réalité des faits, établit un rapport et pour lui donner plus de poids, il convoque le syndicat local auquel il soumit ce rapport qui fut unanimement approuvé !

C'est avec la signature de tous les membres du syndicat qu'il fut remis à l'inspecteur d'Académie.

Combien la situation des membres d'un syndicat serait grandie aux yeux du public si les questions d'hygiène y ressortaient !.

Supposons qu'un syndicat transformé en bureau d'hygiène vivant et agissant ait signalé à une municipalité les défectuosités de l'aménagement des eaux, la contamination possible des puits, la nécessité d'une adduction d'eau pure et qu'une épidémie de fièvre typhoïde se déclare ; combien le rôle médical serait grandi aux yeux du public et combien il accepterait plus facilement une juste rémunération de nos services et l'idée du syndicat médical que trop souvent il considère comme une machine dirigée contre ses propres intérêts et destinée uniquement à assurer le relèvement de nos honoraires ! Comme le dit très bien notre confrère Chaudet, de St-Jamme, nous devons orienter nos efforts non pas dans le sens exclusif de notre intérêt particulier, mais prendre une conscience chaque jour plus claire de l'intérêt général. S'il était besoin de proclamer à nouveau la nécessité de l'action des syndicats et de leur union, l'exemple de ce qui se passe en ce moment à propos des cantonniers, serait probant et tout à fait démonstratif.

Le «Sou médical »a été saisi de la question par une lettre du Dr B. dont nous extrayons les passages suivants : « Comme vous le voyez par la lettre ci-jointe, le ministère des travaux publics a décidé que le tarif Dubief de septembre 1905 serait appliqué au paiement des honoraires des médecins appelés en cas de maladie par des cantonniers. Pourquoi dès lors, le ministre de l'instruction publique ne nous applique-t-il pas un tarif, pour les sociétés des instituteurs, pourquoi celui des postes et télégraphes, celui du commerce, de l'agriculture ne cherchent-ils pas à nous imposer ce tarif dans nos rapports avec toutes les sociétés, même avec tous les syndicats de fonctionnaires grands et petits qui dépendent de leur budget ? Et, si nous admettons un pareil traitement de faveur pour les sociétés de secours mutuels de fonctionnaires, pourquoi le refuser aux autres sociétés ? Quelles raisons aurions-nous au surplus, pour demander plus aux clients qui ne font partie d'aucune société ».

C'est bien là, chers confrères, que se trouve le danger, nous l'avons prévu de bien loin. Dès lors, cette question doit être inscrite à l'ordre du jour de tous les syndicats et leur protestation transmise à qui de droit par l'intermédiaire de l'Union des syndicats.

Jusqu'à présent, nous nous étions imaginé qu'un syndicat était une association ouverte à tous les membres honorables d'une même profession.

Si nous acceptions sans protester l'usage abusif qu'un groupement médical de la Nièvre vient de faire du mot syndicat, il faudrait réviser la définition du syndicalisme et se résoudre à n'y voir qu'une coalition d'intérêts.

En effet, ce syndicat d'un nouveau genre est formé exclusivement de médecins de la protection des enfants du premier âge et de médecins des enfants assistés de la Seine. De plus, il se propose, entre autres choses :

1° De faire insérer dans le contrat de placement l'obligation par le patron de prendre le médecin de l'Assistance pour les enfants-assistés en cas d'accidents du travail ;

(Les conclusions du rapporteur sont adoptées, dit le procès-verbal.)

2° D'inviter le département qui va subventionner le 2e réseau des chemins de fer départementaux à faire insérer dans les clauses du cahier des charges, la nomination, comme médecins (titulaires ou adjoints) des médecins titulaires du service administratif départemental.

(Un vœu dans ce sens est voté et transmis immédiatement au Conseil général siégeant le soir).

3° Les confrères sont priés de répondre aux questions suivantes :

Au cas possible où le Conseil général de la Nièvre, par mesure d'économie et en vue de mieux assurer le service

de l'A. M. G., voudrait confier, comme la loi lui en donne le droit, aux seuls médecins de la Protection, la charge du service.

1° Dans quelle mesure pourriez-vous l'assurer ?

2° Le périmètre kilométrique où vous assurez la protection des enfants du premier âge, vous paraît-il convenir à cette extension ?

3° Dans la négative quelles modifications territoriales vous paraîtraient utiles ?

4° Quels seraient les avantages que, selon vous, les pouvoirs publics retireraient de cette réorganisation ?

S'il était besoin de démontrer combien le libre choix du médecin est une chose indispensable, combien le fonctionnarisme est en opposition avec le véritable esprit syndical, l'exposé des vœux ci-dessus en serait la justification.

Je propose donc aux membres de cette assemblée d'exprimer leurs sentiments au sujet des desiderata de l'*Union syndicale de Nevers* et de dire s'il n'y aurait pas lieu, pour le « Sou », de faire des démarches auprès de l'Union des Syndicats médicaux de France pour faire cesser l'emploi abusif du mot de syndicat dans la désignation de cette coalition d'intérêts anti-confraternels qu'est l'*Union syndicale de Nevers*.

Je vous propose donc de transmettre à l'Union des syndicats le vœu suivant :

Les membres du Concours Médical *et du* Sou Médical *réunis en assemblée générale, invitent l'*Union des Syndicats médicaux de France *à prendre connaissance des actes de l'*Union syndicale des médecins de la Nièvre *et à prévoir des mesures pour rendre impossible toute confusion entre une semblable coalition d'intérêts et les véritables syndicats professionnels, dont l'objet est uniquement la défense des intérêts généraux du Corps médical et du public.*

L'unanimité de la salle proteste contre les prétentions de l'Union dite syndicale des médecins de la Nièvre. Plusieurs membres demandent une motion d'indignation, qui, mise aux voix est adoptée.

M. Gautier, de la Nièvre, présent dans la salle, déclare avoir, avec le concours de plusieurs confrères, réclamé statutairement une réunion d'urgence du Syndicat, pour que les dissidents puissent venir s'expliquer, et demande la présence à la séance d'un délégué du « Sou médical » pour tenter la conciliation.

L'assemblée décide le renvoi de cette proposition au Conseil.

Révision des études médicales.

Rapporteur : M. le Dr Gassot.

Vous savez, Messieurs, qu'avant même la réunion du Congrès des Praticiens, le Ministre de l'Instruction publique avait institué une Commission extraparlementaire chargée d'étudier la révision des études médicales. Cette Commission avait, à son tour, institué une sous-commission chargée d'élaborer un projet qui serait soumis à ses discussions. La sous-commission s'était réunie à plusieurs reprises et avait nommé son rapporteur — nous attendons toujours le rapport !

Le Congrès des Praticiens, se réunissant sur ces entrefaites, prit les décisions que vous connaissez et nomma une *commission de vigilance dont une des sections dut s'occuper* plus particulièrement de la révision des études médicales. Cette commission ne nous a encore fourni aucun document, sans doute parce qu'elle s'est placée sur un terrain plus général que celui où se trouvait la commission ministérielle.

Sans contester l'importance des études de la Commission de vigilance que nous aurons certainement à utiliser un jour, nous lui avons demandé de se livrer à un travail d'utilité plus immédiate et de reprendre les décisions du Congrès pour les traduire en solutions pratiques qui puissent nous permettre, dans les discussions de la Commission ministérielle, d'opposer, le cas échéant, le programme des praticiens au programme du monde officiel.

Les différences des deux programmes seront d'ailleurs, peut-être moins grandes qu'on ne pourrait le supposer.

En effet, si l'on consulte les résultats de l'enquête faite en 1905, par M. Bienvenu-Martin, alors Ministre de l'Instruction publique, on trouve dans les rapports des diverses Facultés un très grand nombre des revendications formulées par le Congrès : surveillance des études, interrogations périodiques, livret scolaire, prolongation du stage, obligation du stage dans les services de spécialités, etc., etc.

Il est vraisemblable que le rapport de la sous-commission, confié à l'agrégé qui, en 1905, avait déjà fait le rapport à la Faculté de Paris, se rapprochera très sensiblement de ce dernier rapport, et il y a probabilité que les mêmes revendications seront soumises à la commission.

Mais ce qu'on ne trouvera certainement pas dans ce rapport, c'est la suppression du certificat qui a soulevé la tempête, c'est la création d'un Conseil supérieur des études médicales destiné à remplacer, pour les affaires de la médecine, le Conseil supérieur de l'Instruction publique notoirement incompétent.

Or, ces deux questions nous paraissent primordiales.

Conserver le certificat, quel que soit le nom dont on l'affuble, c'est provoquer à bref délai la ruine des études cliniques, c'est consacrer la suprématie du gavage artificiel de la mémoire, c'est tuer toute tentative de travail personnel et original de nos futurs maîtres.

Si, pour ne pas vouloir reconnaître qu'ils se sont trompés, quelques pontifes tiennent à conserver ce certificat, quitte à en changer le titre et la destination, il est impossible que la masse des praticiens ne continue pas à faire entendre ses protestations, à montrer le danger de la création nouvelle et à demander sa suppression, fût-elle un fait accompli.

Ne pas réclamer un Conseil supérieur des études médicales, ce serait par avance abandonner toutes nos revendications, les vouer à un échec certain devant le Conseil supérieur de l'Instruction publique.

J'ai montré naguère comment ce Conseil fonctionnait, comment dans sa Commission permanente on s'en rapportait à l'avis des trois membres médecins et comment deux de ces derniers acceptaient les conceptions du troisième, alors qu'ils les jugeaient mauvaises, uniquement parce qu'ils n'osaient voter contre lui. Ce serait véritablement grotesque si ce n'était pitoyable. Eh bien! il faut que cela finisse, il faut que les affaires médicales soient traitées par des hommes compétents et assez indépendants pour savoir voter selon leur conscience sans craindre de déplaire à telle ou telle personnalité.

Je crois donc, Messieurs, qu'il est indispensable de commencer, sans perte de temps, une campagne active sur ces deux questions. Vous savez qu'on a pu traiter le Congrès des Praticiens de feu de paille dont il ne reste déjà plus rien — il vous appartient de montrer ce qu'est la valeur de cette assertion.

J'estime, pour ma part, qu'une campagne de presse devrait commencer dans tous les journaux de médecine, qu'une agitation sérieuse devrait être provoquée au sein des syndicats et des autres groupements médicaux, que des démarches devraient être faites près du groupe médical parlementaire, qu'enfin tous les moyens qui sont à notre portée devraient être mis en œuvre pour obtenir l'abolition du certificat et la création du nouveau Conseil.

Si nous triomphons sur ces deux points, le reste ne soulèvera guère de difficultés puisque la majorité du Corps Enseignant demande des réformes presque identiques à celles que nous souhaitons. Si, au contraire, nous échouons, nous ne devons pas nous faire d'illusions. Nos désirs, nos vœux, nos décisions, iront rejoindre toutes les initiatives étouffées par le Conseil supérieur de l'Instruction publique pour la plus grande satisfaction de quelques individualités qui prétendent à eux seuls représenter les besoins et les aspirations du corps médical, qui croient à leur omniscience et sont tout ahuris de voir qu'on puisse ne pas partager leurs idées, ne pas admirer leurs conceptions et mettre en doute leur infaillibilité.

ment dotée, n'aura plus besoin du versement du *Concours* qui pourra venir en aide à d'autres œuvres ou satisfaire d'autres besoins. (*Assentiment général.*)
La dotation extraordinaire de 5000 francs est adoptée.

Le Bareau du « Sou médical » porte à la connaissance de l'Assemblée la nécessité d'organiser un service de fonds secrets. La lutte contre les collectivités devient toujours plus âpre, force est au bureau d'engager certaines dépenses, difficiles à enregistrer dans un budget sous une rubrique précise. Il ne s'agit, en tous cas, que de défense professionnelle, impression de documents, collaboration avec groupements intéressés dans cette lutte, nécessité souvent de rémunérer certains concours dans la presse des professions extra-médicales, etc... Le bureau, demande que, pour contrôler l'emploi de ces fonds, l'assemblée désigne trois de ses membres qui seront spécialement chargés d'en vérifier l'emploi. Ces délégués devront s'engager à ne pas révéler l'emploi de ces sommes. *La motion est adoptée.*

L'assemblée nomme une commission de contrôle composée de MM. Delpeut, de St-Chéron ; Decourt de Villiers-St-Georges ; Boudin, d'Oyonnax.
Elle fixe ensuite le montant des sommes attribuables à ce chapitre à 2,000 francs.

La parole est donnée à *M. Levassort* ; sur les travaux de l'*Office de l'exercice illégal.*
Ce rapport a paru dans le n° 47 du *Concours médical*, il sera ultérieurement complété par un rapport très documenté, très complet, et mettant la question au point, pour la partie juridique, de M. Bruno-Dubron. Ce second rapport sera intégralement publié.
Une subvention de 500 francs est accordée à l'*Office de l'exercice illégal.*
L'ordre du jour porte cette année, l'élection de deux contrôleurs des comptes : en remplacement de M. Le Menant des Chesnais arrivé au terme de son mandat et du regretté Katz, de Pontoise, décédé au début de l'année.
M. Le Menant des Chesnais est réélu.
M. Pamart (de Paris) est élu en remplacement de M. Katz.

Office de recouvrements sur collectivités.

Une création nouvelle et très intéressante du « Sou médical » fait l'objet d'un rapport de M. Dumesny, licencié en droit, chef du contentieux du « Sou ».

Projet de création d'un service de recouvrements.

C'est pour répondre à de nombreuses demandes que le « Sou », pourrait entreprendre, au moins à titre d'essai, le recouvrement des honoraires médicaux.
Pour éviter l'aléa d'insolvabilité des clients, on pourrait, pour commencer tout au moins, n'entreprendre que le recouvrement des notes d'honoraires garanties par des responsables : patrons, Compagnies d'assurances, Sociétés de Secours Mutuels, Etat, département, communes, etc.
Le service de recouvrement, qui serait réservé aux seuls membres du « Sou médical » aurait surtout, dans ces conditions, à recouvrer des notes d'honoraires pour accidents du travail.
Ces notes devraient être remises au service, établies sur le modèle dressé par les soins du « Concours Médical » et entièrement conformes au tarif ministériel dans les cas où il serait applicable. Le service aurait donc à les vérifier à ce point de vue.
Le médecin aurait à dresser sa note en double exemplaire. Il enverrait d'abord un exemplaire au patron responsable, et non à la Compagnie d'Assurances, avec laquelle il n'a aucun lien de droit.
Si le patron paie, le « Sou Médical » n'aurait point à intervenir.
Dans le cas contraire, soit que le patron ne fasse aucune réponse, soit qu'il refuse le paiement, soit qu'il renvoie à son assureur, le médecin enverrait le duplicata de sa note, avec la correspondance échangée, et toutes les indications utiles, au service de recouvrements, dont le rôle commencerait seulement alors.
Le service de recouvrements, selon qu'il le jugerait utile, pourrait soit s'adresser à la Compagnie d'assurances que le patron aurait indiquée, soit commencer l'action en justice de paix contre le patron responsable.
A cet effet, le médecin aurait à lui remettre un pouvoir spécial, revêtu de sa signature légalisée par le Maire ou le Commissaire de police et enregistré. Les frais de ce pouvoir seraient à la charge du médecin. Pour les affaires d'accidents du travail, ces frais seraient nuls, les actes étant exempts de timbre et d'enregistrement. Des formules de pouvoirs seraient délivrées aux médecins, sur leur demande, par le service.
Les démarches et poursuites nécessaires seraient faites par le service de recouvrements avec toute la diligence possible, en tenant compte toutefois de la nécessité où il se trouverait, pour diminuer les déplacements et les frais, de grouper les affaires de la compétence du même tribunal de paix.
Les sommes encaissées pourraient être versées aux médecins, déduction faite de la Commission de recouvrement, dans les dix premiers jours du mois suivant celui de leur encaissement.
Dans le cas où le médecin aurait reçu directement les sommes qui lui sont dues, il devrait en aviser immédiatement le service, et verser la commission convenue.
La commission de recouvrement pourrait provisoirement être fixée comme suit :

1° Pour les recouvrements des honoraires accidents du travail ;
15 % sur les sommes recouvrées à l'amiable ou devant les Tribunaux de paix de Paris, avec minimum de cinq francs par note.
20 % sur les sommes recouvrées à l'amiable ou devant les tribunaux de paix du département de la Seine autres que ceux de Paris, avec minimum de sept francs par note.
En cas d'appel, 25 %.
2° Pour les recouvrements d'honoraires autres que ceux des accidents du travail, et dont la procédure de recouvrement ne bénéficierait pas de l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement, la commission pourrait être de :
25 % dans Paris, avec minimum de 10 francs ;
30 % dans le département de la Seine, hors Paris, avec minimum de 15 francs.
En cas d'appel, 40 %.
Il ne serait interjeté appel qu'après avis conforme du Conseil judiciaire du « Sou Médical ».
Dans le cas où plusieurs notes seraient remises en même temps au service de recouvrements par le même médecin, les minima ci-dessus s'appliqueraient à l'ensemble des notes devant venir, en cas de procès, devant le même Tribunal de paix.
Le service de recouvrements pourrait toujours, après avis conforme du Comité de Direction du « Sou Médical », refuser de se charger du recouvrement d'une note d'honoraires déterminée, en expliquant les motifs de ce refus.
Il est difficile de prévoir quels résultats pourrait donner le fonctionnement d'un service de ce genre. Ce ne serait guère qu'après quelques années d'exercice qu'on pourrait être définitivement fixé.
Aussi cette création ne pourrait-elle être faite qu'à titre d'essai, les résultats devant être soumis chaque année, bien entendu, aux Assemblées Générales du « Sou ».

Discussion :

M. Decourt (Mitry-Mory). — Cet office ne fonctionne que pour Paris et la Seine, pourquoi n'étend-il pas son rayon ?

M. Maurat (Président). — C'est un essai, et il ne faut pas faire un bond dans l'inconnu, en étendant ses services à la province.

M. Delpeut (St-Chéron). — On pourrait en faire bénéficier Seine-et-Oise.

M. De Grissac (Argenteuil). — Non, car la représentation en justice, surtout en justice de paix, en Seine-et-Oise, pourrait devenir fort onéreuse et faire perdre du temps comme nécessitant ainsi, un personnel nombreux et une mise de fonds trop considérable, pour débuter.

M. Mangenot (Paris). — Rend hommage à la pensée qui a présidé à cette création, mais en voudrait l'extension à tous les médecins.

M. Vimont (Paris). — Syndic du « Sou ». — Le « Sou » est un syndicat, et comme tel il ne peut s'occuper que de ses membres. Les autres syndicats peuvent imiter l'exemple et organiser d'autres offices de recouvrements.

La discussion est close ; et la création de l'office de recouvrements limité aux collectivités, à Paris et au département de la Seine, est approuvée par l'Assemblée.

Propositions diverses.

La parole est donnée au Dr *Lépine, de Belleville-sur-Saône*, au sujet de la création d'une mutuelle médicale-accidents. Il fait à l'assemblée, l'intéressante communication qui suit :

Le Dr *Lépine* est heureux que l'invitation qui lui est faite de parler à l'assemblée de l'Ancre médicale lui permette de remercier les membres du Conseil du Concours des nombreux témoignages d'intérêt qu'ils ont donnés à cette œuvre nouvelle.

Offres obligeantes de publier ses circulaires, avis et conseils appuyés sur des études de spécialistes, le *Concours* a toujours sans hésitations prodigué ses bons offices à l'Ancre médicale, et l'invitation faite aujourd'hui à son président de vous la présenter l'autorise bien un peu à vous dire que cette œuvre peut être considérée comme une véritable émanation du *Concours*.

Avant de vous dire le but que se propose d'atteindre l'Ancre médicale, je tiens à vous faire remarquer la différence qui existe entre l'Ancre tout court et l'Ancre médicale. L'Ancre est une association de sociétés d'assurances mutuelles, groupées pour bénéficier des avantages économiques résultants de la mise en commun de leurs frais généraux. Chacune des branches de cette association a son organisation et son administration propre, et très distincte. Il existe une Ancre qui assure le personnel domestique, une Ancre pour les accidents individuels et une Ancre médicale. Les deux premières, certainement très recommandables assurent beaucoup de médecins, ont des médecins dans leur conseil d'administration, mais ne sont pas des œuvres médicales.

L'Ancre médicale est une mutuelle, fondée par un groupe d'une vingtaine de médecins de la région du Sud-Est, au mois de juillet 1906, et qui se propose pour objet l'assurance de tous les risques résultant de la mise en circulation des divers véhicules destinés à l'exercice professionnel, depuis la modeste bicyclette, les chevaux et voitures, les motocycles, jusqu'à l'automobile, plus spécialement visée.

A l'Ancre médicale on peut s'assurer contre :

Les accidents actifs ou causés aux tiers ; les accidents passifs ou causés par les tiers ; les accidents causés aux personnes transportées ; les accidents survenus à des tiers, sans contact ; enfin, les conséquences de l'incendie de la voiture automobile lorsque le sinistre a été causé par la voiture elle-même.

L'Ancre médicale est une mutuelle à prime fixe, ses adhérents n'ont donc pas à craindre le versement de cotisations supplémentaires.

Une caisse unique est destinée à la couverture de tous les risques, et comme cette caisse est forcément peu garnie puisque nous débutons, nous contractons, pour donner à nos adhérents des garanties suffisantes, des réassurances à une compagnie puissante et de tout repos.

Les tarifs de l'Ancre médicale ont été très étudiés, et par rapport à ceux des Compagnies sérieuses, sont des tarifs avantageux, inférieurs d'un tiers à bon nombre d'entre eux.

Ne perdez pas de vue qu'en outre, les ristournes que nous distribuons viennent encore abaisser le taux des primes que vous nous demandons.

Notre œuvre n'a que 16 mois d'existence, elle a cependant déjà fait ses preuves, vous allez en juger par les chiffres suivants.

Partis 20, nous étions 70, 5 mois après ; 115 après une année d'existence, et aujourd'hui nous comptons 141 adhérents.

Nous assurons des sommes dont le total atteint 1 million 300 mille francs, auxquels s'ajouteront bientôt pour 525 mille francs de reprises assurées.

Nous avons encaissé 10.000 francs de primes.

Notre premier exercice, de 5 mois, s'est clos par l'attribution à chaque sociétaire d'une ristourne équivalent à 7 francs 40 pour 100 francs de prime.

J'ai fait faire à votre intention le calcul de ce que sera probablement la ristourne de l'exercice complet de 1907, nous pouvons compter actuellement sur un chiffre de près de 9 pour 100.

Avons-nous des sinistres à payer ? Pendant le premier exercice aucun. Cette année nous avons réglé 4 sinistres dont le montant s'est élevé seulement à 435 francs.

Voilà ce que nous sommes et les résultats que nous avons obtenus. Que le *Concours* nous continue son appui, que vous tous vous nous procuriez des adhérents et bientôt l'Ancre médicale aura atteint complètement son but : rendre service à tous les médecins et aux seuls médecins.

Rapport du Conseil sur les propositions diverses.

M. le Dr Moreau (de Versailles) et M. le Dr Rabel (de Meulan) proposent qu'après 30 ans de participation les sociétaires du *Concours médical*, souvent vieillis et peu exerçants, c'est-à-dire inscrivant

moins de recettes à leur budget annuel, soient qualifiés *membres honoraires* et reçoivent le journal à titre gratuit, les frais de ce service étant supportés par la Caisse de la Société civile.

Le Conseil de Direction n'a pas eu le temps d'étudier ce que seraient les conséquences budgétaires de cette proposition *a priori* séduisante. Combien de membres par conséquent auraient droit dans deux ans à l'honorariat et feraient payer l'abonnement par M. Maurat, trésorier de la Société ? A ceux-là combien viendraient s'ajouter les années suivantes? Ne serait-il pas à craindre qu'avant peu la plus grande partie des ressources de la Société civile ne s'écoulent par cette fuite ?

Devant ce danger, le Conseil vous demande crédit pour les calculs que nos confrères ont négligé de présenter, imitant un peu, en l'espèce, les parlementaires qui votent des dégrèvements et laissent au Ministre le soin de s'en accommoder.

2° MM. Bresselle (du Vésinet), Debacq (de Verberie, Oise) et Proby (d'Oullins, Rhône) reprennent devant vous la proposition qui fut faite au *Congrès d'exercice illégal de* 1906 par M. le Prof. Follet (de Lille), savoir :

« Organisation dans la grande presse de la contre-réclame anticharlatanesque, organisation qui serait faite et suivie par nos sociétés de défense professionnelle, usant des subventions nécessaires à toute compagne de ce genre ».

Nos confrères savent qu'il s'agit là du nerf de la guerre exclusivement, leur idée n'étant combattue par personne au point de vue théorique. Il nous semble donc que l'Assemblée peut voter le principe du projet, mais que les auteurs ont à lui soumettre des idées pratiques sur la réalisation, avant qu'elle se décide à passer à l'exécution.

3° Deux de nos plus dévoués correspondants nous ont fait tenir les vœux suivants en vue de l'Assemblée générale.

Les Soussignés, membres du Concours Médical, prient Messieurs les Membres du Conseil de Direction de vouloir bien soumettre à l'approbation de l'Assemblée Générale du 17 novembre 1907, les vœux suivants :

L'Assemblée Générale,

Considérant : que les conditions actuelles de l'existence créent aux médecins l'obligation impérieuse de rechercher, dans l'organisation des œuvres de mutualité et de solidarité, un des meilleurs remèdes à la crise que traverse leur profession ;

Emet les vœux suivants :

1er *vœu* : Que le Conseil de Direction, après étude approfondie de leur fonctionnement, et, s'il y a lieu, introduction dans leur organisation de toutes les modifications reconnues nécessaires, recherche et emploie les moyens qui paraîtront les plus efficaces pour faciliter la création et le développement des Œuvres médicales se proposant, en faisant appel à la mutualité ou à la coopération, de décharger le médecin d'une partie des dépenses qui lui incombent.

2° *vœu* : Que soit mise à l'étude la réorganisation de la Financière Médicale qui, après avoir été créée pour faciliter les débuts d'une mutuelle non médicale pourrait devenir une organisation destinée à assurer le développement et la vitalité de mutuelles et d'œuvres médicales créées ou adoptées par le Concours.

Dr M. Saint-Pierre à Nantua (Ain) membre du « Concours médical » ; Dr J. Lépine, à Belleville (Rhône), correspondant du Concours Médical ; Dr Fayard, au Péage-de-Roussillon (Isère), correspondant du Concours médical ; Dr Boudin, d'Oyonnax, correspondant du Concours Médical, membre de la Financière Médicale ; Dr Vigne, correspondant du « Concours » à Lyon ; Dr Barbier, médecin des hôpitaux de Vienne, membre du Concours ; Dr Mayoud, Vienne (Isère), membre du Concours ; Dr Boissat, au Péage, membre du Concours ; Dr Douare, St-Siméon-de-Bressieux, membre du Concours ; Dr Bayle, Annonay (Ardèche), membre du Concours ; Dr Coste, Anneyron (Drôme), membre du Concours ; Dr Tiollier, Serrières (Ardèche) ; membre du Concours ; Dr Figuet, Vienne (Isère), membre de la Financière ; Dr Cuniot, Saint-Vallier (Drôme), membre de la Financière ; Dr Sarda, Annonay (Ardèche), membre du Concours ; Dr Plantier, membre du Concours, Annonay (Ardèche) ; Dr Pignal, Annonay (Ardèche), membre du Concours ; Dr Pangon, Saint-Vallier (Drôme), membre du Concours ; Dr Allemand, Cours (Rhône), membre de la Financière ; Dr Piot, à Roanne (Loire), correspondant du Concours médical ; Dr J. Lépine, Belleville-sur-S., membre du Concours médical ; Dr Monin (Lyon), membre du Concours médical ; Dr Bertoye, Villeurbanne, membre du Concours Médical ; Dr Sargnon, 7, rue Victor-Hugo (Lyon), membre du Concours ; Dr Bonnet, 89, q. Barbès, à Neuville-sur-Saône (Rhône) ; Dr Lambin (Lille), membre de la Financière ; Dr Saquet, (Nantes).

Le Conseil tient à faire remarquer que le premier vœu n'est que la confirmation du programme appliquée par le *Concours médical* depuis sa naissance, c'est-à-dire depuis 28 ans.

Quant au second, il pourrait recevoir satisfaction par le simple jeu de l'article 2 des statuts de la Financière médicale, sans réorganisation aucune, *si les fonds de cette Société étaient disponibles à bref délai.* Mais le journal a maintes fois exposé qu'ils sont *engagés* les uns pour jusqu'à l'année 1920, les autres pour jusqu'à 1922 ; que leur mode d'emploi donne aux sociétaires toute sécurité et satisfaction. Il apparaît donc que l'Assemblée du *Concours médical* n'a nulle qualité pour se substituer à celle de la Financière et voter des mesu es qui ne regardent que celle-ci.

Le Conseil de direction du *Concours* transmettra bien à la « Financière » le vœu de nos sociétaires mais il croirait irrégulier de vous faire voter sur la proposition qu'il ne dépend pas de vous de réaliser.

4° Par une lettre fort intéressante que nous publierons à bref délai, M. le Dr Merleau, de Landivy, (Mayenne) nous demandait de consulter l'Assemblée sur le point suivant : « Etes-vous d'avis que le Corps médical affirme sa préférence pour l'assurance maladie obligatoire, contre le rôle actuel des Sociétés de Secours mutuels maladie ».

Or, Messieurs, votre Conseil, tout en se défendant d'un parti pris quelconque sur un si grave sujet, en sait assez pour reconnaître que la question a été trop peu étudiée pour être tranchée ici par un vote significatif. Il vous propose de décider seulement qu'elle le sera et d'inviter ceux qui connaissent la portée et les détails de mise en pratique de ce régime à vouloir bien exposer leurs vues dans les colonnes de notre libre journal.

Le Banquet.

Il fut digne de la maison qui nous abrita, et pour laquelle le banquet du *Concours* est devenu une tradition.

A l'heure des toasts, le Président Gassot se leva et prononça l'allocution suivante saluée par les applaudissements de l'assemblée.

Mes chers confrères,

Je ne sais plus lequel d'entre vous, m'écrivant il y a quelques semaines, disait en parlant du *Concours Médical* : « C'est le Ministère des affaires médicales ».

Ministère, est un mot bien gros et, de plus, il est inexact,car il s'en faut de beaucoup que nous ayons le dernier mot dans les affaires qui nous intéressent, pas plus en matière d'enseignement que d'assistance, d'hygiène que de prévoyance sociale. Si nous étions tentés de l'oublier, M. Mirman, nous le rappellerait dans un instant.

Mais si notre confrère avait dit : « Office des affaires médicales », je crois qu'il aurait été assez près de la vérité. Qu'il s'agisse de ses intérêts matériels et moraux, de défense professionnelle ou de prévoyance, c'est vers le *Concours* que le médecin tourne les yeux, convaincu qu'il y trouvera ce qu'il cherche : conseils, encouragements, appui moral et pécuniaire.

Cette constatation, certes, serait bien faite pour nous enorgueillir, si nous ne savions que nous ne sommes pas les seuls artisans d'une telle situation, que c'est vous-mêmes qui nous donnez l'autorité morale qu'on veut bien nous reconnaître et qui êtes garants de la confiance qu'on nous accorde.

Le *Concours* n'est pas, vous le savez, une église fermée qui veut imposer à tous ses croyances et sa discipline : c'est au contraire le centre d'attraction de toutes les idées nouvelles, de toutes les initiatives ; c'est le terrain sur lequel toutes les bonnes volontés, d'où qu'elles viennent, peuvent se rencontrer ; c'est la phalange ouverte à quiconque veut combattre le bon combat. Placé entre l'Association Générale des Médecins de France, sa grande sœur aînée, et les syndicats médicaux, ses enfants, il constitue le véritable trait d'union entre tous les groupements médicaux grands ou petits, modestes ou puissants.

Grâce à lui, le médecin n'est plus isolé : quelque perdue que soit sa résidence, quelque modeste situation qu'il occupe, il sait qu'il pourra toujours faire entendre sa voix, il sait où il pourra trouver des visages amis, il sait qu'il ne succombera pas faute de voir une main secourable se tendre à lui.

Cézilly rêvait encore pour le *Concours* le rôle d'intermédiaire entre la masse des praticiens et les pouvoirs publics : il pressentait que ceux-ci seraient obligés de faire au rôle social du médecin un appel de plus en plus pressant, et il voyait les praticiens consultés sur l'organisation des services qu'ils seraient appelés à faire fonctionner.

Il comptait surtout, pour arriver à ce résultat, sur les médecins investis de mandats publics et en particulier sur le Groupe médical parlementaire. Comme tous les hommes à idées généreuses, il avait des illusions ! Mais, s'il dut bien vite constater qu'à part quelques exceptions destinées à confirmer la règle, ces confrères n'avaient rien de plus pressé que d'oublier la profession à laquelle certainement, pour une bonne part, ils avaient dû leur élection, nous devons, nous, reconnaître qu'il ne s'était pas trompé dans ses conceptions.

Vous avez compris, Monsieur le Directeur Général, que, pour vous éclairer, c'était aux praticiens que vous deviez vous adresser ; vous nous avez accueillis, vous nous avez écoutés, vous êtes venus au milieu de nous, nous vous en sommes profondément reconnaissants.

Gairal vous le dira tout à l'heure, les syndicats médicaux n'ont pas pour seul objet les questions d'intérêt pécuniaire, les questions sociales dans lesquelles le médecin est intéressé ne les préoccupent pas moins, et ils sont prêts à vous fournir leur concours le plus absolu si vous voulez bien, de votre côté, reconnaître que le médecin ne doit pas être constamment placé entre son devoir social qu'il entend remplir, et ses intérêts particuliers qu'il ne peut pourtant pas oublier tout à fait par le temps qui court.

Cette thèse, c'est celle que n'a cessé de soutenir le *Concours médical* : jamais il n'a marchandé son appui aux organisations nouvelles, provoquant les études, faisant appel à toutes les initiatives, vulgarisant les procédés d'appréciation qui lui semblaient les plus simples, les plus pratiques et les plus efficaces tout à la fois.

Car, Messieurs, vous le reconnaîtrez, le Concours ne reste jamais inerte, indifférent : il poursuit toujours le mieux, estimant que sa tâche n'est jamais finie.

Aujourd'hui encore, il a commis une bonne action de complicité avec l'Association générale : grâce à l'appui bienveillant de cette dernière, il a pu reprendre un projet qu'il avait dû jadis abandonner en y faisant une place pour la femme du médecin. M. Lereboullet, que je regrette de pas voir au milieu de nous ce soir, ne pouvait mieux inaugurer sa présidence qu'en nous aidant à réparer ce qu'on pouvait à bon droit considérer comme une injustice.

Dans nos organisations, nous avions prévu le risque de la maladie, le risque de la vieillesse, nous avions prévu la guerre que nous font les collectivités, la rapacité des Compagnies d'assurances, le péril judiciaire, que sais-je encore ?..... Nous n'avions pas encore pu prévoir la mort qui laisse trop souvent dans la détresse l'épouse qui a vécu notre vie, qui a partagé nos joies, nos espoirs et nos peines.

C'est chose faite maintenant et nous pouvons nous en réjouir.

Aussi, après avoir porté la santé de nos invités dont la fidélité nous garantit la bienveillance, celle de nos Conseils dont la compétence et la conscience n'ont d'égale que l'affabilité, celle de nos correspondants et de nos collaborateurs que nous ne saurions trop remercier de leur dévouement, après avoir porté votre santé à tous, mes chers confrères, vous me permettrez de lever mon verre en faveur de cette vaillante collaboratrice du *Concours Médical* à laquelle je tiens à rendre le juste hommage qu'elle mérite : la Femme du Médecin !

Comme les années précédentes, les praticiens réunis au banquet ont été honorés de la présence parmi eux de M. Mirman, le très dévoué et très distingué directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

Il prononça, en manière de toast, une allocution qui prend, des circonstances qui la provoquèrent, une importance capitale. Elle marquera une date dans l'histoire de la profession, et ouvre des aperçus nouveaux au point de vue du rôle social que nos groupements organisés, légalement reconnus, officiellement consultés, sont désormais appelés à jouer. Prononcées en présence de représentants qualifiés de l' « Association générale des Médecins de France, de l' « Union des Syndicats médicaux », du *Concours médical*, et à l'occasion de la réunion annuelle des mandataires autorisés de nos grands groupements corporatifs, elle ouvre une ère nouvelle, féconde en résultats heureux et prochains. La collaboration loyale de tous les praticiens et de l'administration facilitera le grande tâche d'organisation des services de médecine sociale, rendus nécessaires par l'évolution des idées et des mœurs. La loi du 15 juillet 1902, dont chacun réclame l'application intégrale, n'est qu'une manifestation législative de cette évolution ; grâce à une nouvelle « entente cordiale » des médecins et des pouvoirs publics, les dernières difficultés que pouvaient soulever l'article V sont à la veille d'être aplanies, une modification heureuse de cet article devant être proposée par le gouvernement lui-même à la sanction parlementaire.

Il est deux questions, intéressant les médecins, et qui, depuis longtemps sont l'objet de leurs doléances et de leurs réclamations.

La première intéresse particulièrement ceux d'entre les praticiens qui sont pourvus d'un service d'hôpital de médecine et de chirurgie.

L'opinion médicale s'est émue en ces temps derniers de faits rares, il faut le constater, de révocations jugées arbitraires par les intéressés, et prononcées par les commissions administratives des hôpitaux et hospices. Les préfets, jusqu'à présent, ne faisaient qu'approuver, que contresigner les délibérations prononçant ces révocations. Désormais, et une circulaire sera envoyée aux préfets à ce

sujet, le dossier complet devra être transmis à l'administration centrale, qui sera juge de l'approbation de ces décisions.

La seconde question intéresse tous les praticiens.

L'article V de la loi du 15 juillet 1902 a soulevé dans le corps médical d'unanimes protestations. Il tend, en effet, à charger seul le médecin, de la déclaration, lui faisant divulguer ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de sa profession.

Assimilant, toutes choses égales d'ailleurs, l'obligation de déclarer l'apparition d'une des maladies transmissibles visées par la loi, à l'obligation de déclarer, dans certaines circonstances, les naissances auxquelles l'homme de l'art a assisté, contre laquelle aucune conscience médicale ne s'est inscrite, et qui dure depuis la date de promulgation du code civil, le Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance sociales est venu annoncer qu'un projet de modification de cet article V, serait déposé sous peu par le gouvernement pour consacrer cette analogie.

L'initiative gouvernementale présentera au Parlement une proposition dont le texte n'est pas définitivement arrêté, mais dont voici les lignes essentielles.

L'obligation de la déclaration des maladies transmissibles, énumérées par le décret spécial, serait imposée en première ligne au chef de famille ou autre personne légalement responsable, et *à défaut* au médecin traitant.

A cet effet, ce dernier, dès que son diagnostic d'une maladie transmissible serait établi, devrait remettre à la personne intéressée une note écrite, comportant la déclaration de cette maladie à l'autorité compétente. Cette dernière aviserait d'urgence le médecin traitant de la réception de cette note; que si, dans un délai à déterminer, le médecin ne recevait pas cet avis, s'il était ainsi établi que la personne d abord responsable s'est refusée à faire son devoir, il aurait l'obligation de faire lui-même la déclaration. Ainsi, pourrait être pratiquement réalisée une disposition législative rendant responsable de la déclaration *d'abord le père de famille et à défaut le médecin.*

M. le Président du Conseil a autorisé M. le Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques à faire connaître au corps médical ces intentions du gouvernement. Mais le gouvernement estime qu'il ne peut demander au Parlement une telle modification que s'il devait être assuré qu'elle mettra fin à toutes les difficultés soulevées par les médecins, qu'elle sera la base d'un accord loyal et définitif, qu'elle déterminera la collaboration cordiale et librement consentie de tous les médecins de France. Il appartient aux grands groupements corporatifs dont le gouvernement demandera très prochainement la précieuse collaboration pour mettre au point ce projet, de coopérer à cette entente, et il leur appartiendra dans l'avenir d'user de leur influence morale pour assurer le concours des médecins à l'application intégrale de la loi de 1902. (*Applaudissements et bans*).

Ces déclarations toutes spontanées et inattendues de M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, provoquèrent dans la salle une émotion légitime et profonde, et M. Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, se fit l'interprète de la satisfaction générale, en exprimant au représentant si autorisé du gouvernement que la collaboration du praticien était acquise, sans défaillance, aux pouvoirs publics. Leur confiance sera bien placée et nul ne songera à la trahir. Il exprime la gratitude unanime à M. le Président du Conseil, dont l'esprit d'initiative féconde veut confier aux citoyens les plus qualifiés pour le faire, ainsi qu'à M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques, dont tout le monde se rappelle la haute compétence et la sereine impartialité alors qu'il présidait la commission des accidents du travail, une collaboration active destinée à assurer le bon fonctionnement d'une loi dont personne ne songe à diminuer la haute portée sociale, mais que, bien au contraire, les médecins considèrent comme une œuvre de prospérité nationale, par excellence. (*Applaudissements répétés*).

Les membres du parlement présents au banquet, docteurs Reymond, Pedebidou et Dubuisson, promettent, aux applaudissements de l'Assemblée, d'associer leurs efforts et de coopérer au vote de cet article, qui donne une légitime satisfaction aux praticiens français.

Etaient présents : MM. les Drs Houdart, de Brest ; Vimont de Paris ; Burtaud, de Paris ; Bourdon, d'Etrépagny ; Bagarry, de Marseille ; Rozoy, de Charleville ; Pontel, de Rives; Daverne, des Mureaux ; Huguenin, de Paris ; Gassot, de Chevilly ; Mignon, du Vésinet ; Lacroix, de Paris ; Vidal, de Castres ; Thadée, de Damiatte ; Lépine, de Belleville-sur-Saône ; Maurat, de Chantilly ; de Grissac, père et fils, d'Argenteuil ; Duchesne, de Paris ; Diverneresse, de Saint-Mandé ; Delthil, de Briare ; Me Gatineau, de Paris ; Roger, de Saint-Jean-d'Angely ; Lambin, de Lille ; Bonnarme, de Pons ; M. Dumesny, de Paris ; MM. les Drs Fischer, de Rueil ; Fayard, du Péage ; Saquet, de Nantes ; Gauthier, de Saint-Benin ; Gilson, d'Angoulême ; Levraud, de Saumur ; Barbat, de Charlieu ; Delbès, de Périgueux ; Coze, d'Aix-les-Bains ; Barada, de Betz ; Roger, d'Hédé ; Roux, de Saint-Gervais ; Bazot, de Joigny ; Treille, de Lavaveix ; Mangenot, de Paris ; Bolliet, de Lyon ; Vincent, de Saint-Chely ; Thirard, d'Evreux ; Delefosse, de Paris ; Verdalle, de Cannes ; Lande, de Bordeaux ; Jeanne, de Paris ; Le Menant-des-Chesnais, de Paris ; Schwanhard, de Saint-Remy-sur-Avre ; M. Lindeux, de Paris ; MM. les Drs Reumaux, de Dunkerque ; Boquin, d'Autun ; Ravanier, de Paris ; Bellencontre, de Paris ; de Chateaubourg, de Clamart ; Frenkel, de Paris ; Ladevèze, de Saint-Florent; Pamart, de Paris, Dubois, de Saujon ; Charbonnier, de Caen ; Patureau-Miran, de Paris ; Naudet, d'Artenay ; Richon, de Noisiel ; Allardo, d'Epone ; Guillemonat, de Paris ; Delpeut, de Saint-Thiron ; de Louradour, de Saint-Ouen ; Decourt, de Mitry ; Barette, de Caen ; Bonnet, de Neuville-sur-Saône ; Pangon, de Saint-Vallier ; Lebrun, d'Ivry ; Jacquot, de Creil ; Courgey, d'Ivry ; Boucher, de Quentin ; Guibertot, de Saint-Jean-de-Corcoué ; Mercier, de Paris; Rigobert, de Fontenay-sous-Bois ; Charlier, de Paris ; Angelby, de Paris ; Declercq, de Lille ; Dubuisson, de Paris ; Coppens, de Lille ; Cailleux, de Crépy ; Cabasse, de Vaucouleurs ; Dunogier, de Paris ; Crétel, de Garches ; Levassort, de Paris ; Charier, de Thouars ; Mosnay, de Saint-Varent ; Monnet, de Paris ; Petitjean, de Souarre ; Pasquier, de Paris ; Lemaire, de Compiègne ; Reymond, de Paris ; Cabon, de Fublaine ; Monin, de Paris ; Tabard, de Varède ; Baratoux, de Paris ; Reumaux, de Staple ; Naudin, de Paris ; Lebrun, de Bar-sur-Aube ; Perrot, d'Ivry ; Gairal, de Carignan ; Courtault, de Paris ; Godin, de Tonnay ; Rousseau, de Paris ; Debray, de Creil ; Tschudnowski, de Paris ; Sabathé, de Tours ; Sibille, de Paris ; Veillard, de Meung-sur-Loiret ; Barabbé, de Bagnoles ; Ribard, de Meudon ; Gouffier, de Neuilly ; Leloutre, de Troyes ; Mage, de Châtel-Guyon ; Mathieu, d'Epinay ; Larrivé, de Meyzieux ; Mousson-Lanauze, de Saint-Mandé ; Grellety, de Vichy ; Foucault, de Châtel-Guyon ; Roux, de Paris ; Derouin, de Bourges ; Noir, de Paris ; MM. Roux, de Paris ; Daix, de Clermont; Parès, Champetier, de Vals ; Dr Robert, de Paris ; Jacquemin, de Paris ; Magnan, de Tours ; Lafontaine, de Paris ; Cosse, de Tours ; Vigouroux, de Paris ; de Font-Réaulx, de Paris ; Caboche, de Paris ; d'Herbécourt, de Paris ; Philippeau, de Paris ; Paul-Petit, de Paris ; Darras de Paris ; Petit, d'Epone ; Gellé, de Paris ; Leredde de Paris ; M. Léon-Marie, de Paris ; Dr Dally, de Paris ; Foveau de Courmelles, de Paris ; Pedebidou (sénateur) ; Gillet, de Paris ; Causant, de Paris ; Cezilly, de Paris ; MM. Cezilly, de Coye ; Gonin, père et fils ; Steeg (député) ; Mirman (directeur de l'As-

sistance et de l'Hygiène publique) ; Dr Chenouard, d'Herbault ; Barbarin, de Paris ; Bernard, de Paris ; Blache, de Paris ; Lepage, de Paris ; de Langenhagen, de Plombières.

S'étaient excusés : MM. Gourju, Strauss, sénateurs ; Paulet, Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance sociales ; Quillent, Couban ; Dresch, de Foix ; Evrard, de Vernantes ; Mignen, de Montaigu ; Lambry, de Courtenay.

BIBLIOGRAPHIE

La lutte contre l'alcoolisme, par MM. le Dr L. Viaud et H. A. Vasnier (1) est la synthèse de deux mémoires qui obtinrent le prix F. de Beaujour en 1905, à l'Ac. des Sc. mor. et Pol.. Nous avons d'autant plus de plaisir à annoncer cette publication que le Dr Viaud est un ami et un collaborateur du *Concours.*

Sur 28 manuscrits présentés à l'Institut, le premier classé fut celui du Dr L. Viaud (d'Agon-Coutainville) et ceux qui connaissent l'auteur en eurent plus de plaisir que de surprise. Ecrit avec élégance, le volume de MM. Viaud et Vasnier étudie le problème de l'alcoolisme et de l'antialcoolisme sous toutes ses faces. Il est bourré de documents, d'aperçus nouveaux, d'idées ingénieuses. Il est, en un mot, la mise au point d'un problème qui, pour être ancien déjà, n'en est pas moins resté passionnant. Et c'est à cause de ces qualités que M. E. Cheysson de l'Institut, a tenu à en écrire la préface.

Voici le sommaire de ce travail : 1° L'alcoolisme en France et la question des boissons hygiéniques, avec deux chapitres. 2° De l'alcoolisme suivant les professions et les milieux et des moyens à lui opposer suivant les milieux et les professions, avec trois chapitres. 3° De l'alcoolisme, maladie générale. et des moyens généraux de persuasion à lui opposer, avec trois chapitres. 4° De l'alcoolisme, maladie générale, et des moyens généraux de législation et de coercition à lui opposer, avec trois chapitres 5° De l'alcoolisme à l'étranger, en Suède, Norvège, Russie, Suisse, Iles Britanniques, Etats-Unis, Canada, Chili, avec études faites sur place par l'infatigable voyageur qu'est l'un des deux auteurs, M. H. A. Vasnier.

Ajoutons, pour terminer, que plusieurs conseils généraux, entre autres celui de la Seine, ont déjà souscrit à l'achat d'exemplaires pour leurs bibliothèques scolaires ou communales, et que nous ne connaissons aucun document qui puisse faciliter davantage à nos confrères la préparation des leçons ou conférences qui leur sont souvent demandées en cette matière. Dr H. Jeanne.

Les Applications thérapeutiques de l'eau de mer. (Encyclopédie scientifique des Aide Mémoire), par le Dr Simon.

Dans ce Livre, exposé précis et pratique de la thérapeutique sous-cutanée marine, l'auteur s'est efforcé de mettre à la portée des médecins les connaissances acquises au cours de trois années de recherches.

Collaborateur de Quinton, dès l'origine des recherches thérapeutiques auxquelles conduisait la théorie de ce biologiste, il expose dans une courte introduction ce qu'il importe au praticien de connaître de cette théorie.

L'Ouvrage comporte les divisions suivantes, correspondant aux maladies reconnues comme justiciables de l'injection marine :

Tuberculose pulmonaire ; effets généraux de l'injection ; quelques observations et graphiques ; *technique et doses usuelles.* Tuberculoses chirurgicales.

Maladies de l'enfance : broncho-pneumonie ; gastro-entérite et débilité congénitale ; eczéma aigu du nourrisson ; scrofule et rachitisme. *Technique et doses.*

(1) Chez Asselin et Houzeau, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Auto-intoxication digestive, gastrique, intestinale ; constipation. *Technique et doses.*

Auto-intoxication par dysfonction glandulaire : gynalgie (dysménorrhée, constipation, migraine) ; hémophilie ; brightisme. *Technique et doses.*

Névroses : épilepsie, chorée, neurasthénie, etc. *Technique et doses.*

Intoxication d'origine externe.

Enfin, un court chapitre réunit sous le titre de *faits isolés, faits d'attente,* des cas que leur rareté relative ne permet pas encore de considérer comme assez démonstratifs.

Après avoir étudié l'action de l'injection marine dans les différentes maladies où celle-ci a été tentée avec succès, l'auteur discute cette action et établit la valeur du plasma de Quinton comme agent de désintoxication, et de reconstitution des liquides organiques.

Vient de paraître : **Annuaire illustré des Maisons de Santé et de tous les Etablissements médicaux et de retraite privés ou dépendant des administrations centrales** (5e édition). Volume relié de 300 pages, contenant toutes indications possibles relatifs aux maisons de santé, sanatoriums, etc.

Administration : 11, *rue Servandoni.* Paris.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. *Septième édition revue et augmentée,* 1 vol. grand in-8°, de XVI-1726 pages. Relié toile. Masson et Cie, éditeurs, 25 fr.

M. le Dr Gaston Lyon a revisé entièrement son beau Traité de clinique thérapeutique et complété certaines questions que les études modernes commencent à éclaircir, telles sont : les parésies pharyngées, les pleurésies hémorrhagiques, les paralysies du voile du palais, les trypanosomiases, les auto-intoxications d'origine intestinale, les entéro-névroses, les indications du régime déchloruré dans le mal de Bright, les albuminuries orthostatiques, la leucémie, etc.

Le plan de l'ouvrage est essentiellement pratique ; au lieu de se borner à une simple énumération de formules, l'auteur a su habilement unir la clinique à la thérapeutique. Chaque chapitre de traitement est précédé d'une étude séméiologique et diagnostique ; les indications et contre-indications sont discutées avec beaucoup de soin. C'est une excellente méthode, qui augmente l'intérêt de l'ouvrage et le rend précieux pour le praticien.

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et Hôpitaux.

— M. le prof. Paul Reclus a commencé à l'hôpital de la Charité son cours de clinique chirurgicale le lundi 18 novembre 1907, à 9 h. 1/2 du matin, et le continue les mercredis, samedis, et lundis suivants, à la même heure.

M. le prof. Albarran a commencé ses leçons de clinique des maladies des voies urinaires le mercredi 13 novembre 1907, à l'hôpital Necker, et les continue les samedis et mercredis, à 10 h.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année — N° 49 — Dimanche 8 DÉCEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

L'ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le document suivant, dont l'importance, nous l'espérons, leur paraîtra, comme à nous-mêmes, d'ordre capital.

ACCORD intervenu entre les Représentants des Sociétés de secours mutuels et ceux du Corps médical et portant création d'une procédure d'arbitrage pour le règlement des conflits médico-mutualistes.

La Commission mixte médico-mutualiste chargée d'établir un accord permettant le règlement rapide et gratuit de tous les différends qui pourraient s'élever sur le territoire entre le corps médical et les Sociétés, Unions et Fédérations des Sociétés de secours mutuels.

Rendant hommage à la haute impartialité et à la maîtrise avec lesquelles M. le Président Emile Loubet a dirigé les débats de la Commission.

Après avoir pris connaissance des résultats de l'enquête médicale confiée à la Fédération nationale de la mutualité française par la Commission mixte, et constaté, en raison de la diversité des situations et des habitudes locales, l'impossibilité d'établir quant à présent un mode uniforme de rémunération.

Déclare que ses membres, tant médecins que mutualistes, animés d'un même désir d'entente et d'un même sentiment de conciliation, s'arrêtent aux résolutions suivantes, de nature à apaiser et même à prévenir tout conflit :

I. La Commission prend acte de la généralisation progressive du système à la visite et du libre choix du médecin, et demeure convaincue que le temps et les progrès des mœurs rendront de plus en plus fréquente, partout où elle sera possible, l'application de ce double système, sans qu'il soit besoin de modifier les conventions en cours.

II. Il ne devra être rien changé à l'organisation des secours médicaux et pharmaceutiques, tels qu'ils existent dans l'immense majorité des Sociétés c'est-à-dire qu'il n'y a pas lieu de substituer une indemnité pécunaire au secours médical et pharmaceutique immédiat et en nature, et qu'au contraire, dans l'intérêt de la santé publique, il y a lieu de fortifier les fonctions d'hygiène sociale confiées à la mutualité ;

III. Si un différend venait à se produire, tous les groupements ayant des sections en province se mettront en rapport avec les Unions départementales de Sociétés de secours mutuels et s'abstiendront de saisir les Sociétés isolément. Il en sera de même des Sociétés, qui pour tout incident, saisiront le corps médical par l'intermédiaire des Unions de Sociétés ;

IV. Les difficultés, les abus, les incidents, les conflits seront portés, par les soins de la partie la plus diligente, devant un Conseil arbitral départemental, où siègeront, en nombre égal, des représentants du corps médical et des représentants des Unions de Sociétés. La présidence de ce Conseil sera confiée à une personnalité réunissant l'unanimité des suffrages et choisie, autant que possible, parmi les personnes ayant une compétence juridique.

Les parties suivront les règles ordinaires de l'arbitrage prescrites par les articles 1003 à 1008 du Code de procédure civile.

Les décisions du Conseil arbitral seront susceptibles d'appel devant la Commission nationale d'arbitrage médico-mutualiste, érigée en Commission permanente, et qui siègera à cet effet toutes les fois qu'il sera nécessaire et au moins une fois par an ;

V. Chaque département sera invité à désigner trois médecins et trois mutualistes, choisis parmi les groupements médicaux et les groupements mutualistes représentés au sein de la Commission mixte médico-mutualiste ;

VI. Les Conseils arbitraux départementaux pourront être appelés à siéger pour donner leur avis sur toutes les améliorations à apporter au régime médical des Sociétés de secours mutuels, tant dans l'intérêt des médecins que dans celui des Sociétés elles-mêmes.

Fait à Paris, le 23 novembre 1907.

Le président,
Emile LOUBET.

Les représentants des Sociétés de secours mutuels :
Léopold MABILLEAU, MIROUEL,
HÉBRARD,
RÉTALI, TOUSSAINT,

Les Représentants du Corps médical :
LEREBOULLET JEANNE,
NOIR, DIVERNERESSE, DE GRISSAC.

Cette Commission était composée comme suit :
Président : M. Emile Loubet.
Membres :
a) Pour les Sociétés de secours mutuels :

MM. Léopold Mabilleau, président de la Fédération nationale française et de la Fédération internationale de la Mutualité. Victor Lourties, vice-président du Sénat, vice-président du Conseil supérieur de la Mutualité ; Mirouel, membre du Conseil supérieur ; Louis Keller, président de l'Union du 1er Collège, vice-président de la Fédération nationale : Jean Hébrard, secrétaire général de la Fédération nationale ; Emile Leveu, trésorier de la Fédération nationale ; le docteur Rétali, administrateur de la Fédération nationale ; le docteur Toussaint, délégué de l'Union mutualiste des cantons d'Argenteuil et de Montmorency (Seine-et-Oise).

b) Pour le Corps médical ;

MM. les docteurs Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux : Louis Gourichon, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux ; Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux ; Brouardel, président de l'Association générale des médecins de France ; Lereboullet, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France : Jeanne, rédacteur en chef du «Concours médical» ; de Grissac, représentant le «Sou Médical» ; Diverneresse, représentant le «Sou Médical» ; Secrétaire ; M. Eugène Montet, secrétaire général du Musée social.

Au *Congrès des Praticiens*, à l'*Association Générale des médecins de France*, aux assemblées de l'*Union des Syndicats médicaux*, du *Concours* et du *Sou médical*, les délégués médicaux de la Commission ci-dessus avaient demandé qu'on voulût bien laisser l'attitude de belliqueuse intransigeance en vue de l'accord qu'ils pressentaient prochain et qui vient d'être signé.

Alors comme aujourd'hui, après avoir constaté l'impossibilité actuelle d'appliquer la formule jadis présentée par M. le Dr Gairal au nom de nos Sociétés de défense professionnelle, ils pensèrent que la guerre sans trêve et sans issue serait chose ruineuse pour les S.S.M. et pour les médecins ; que là où il n'y aurait que révolution mortelle, l'évolution peut se faire assez rapidement par persuasion réciproque et collaboration permanente ; que l'enquête menée par la Fédération nationale en a fourni une preuve irréfutable.

Les assemblées professionnelles leur ayant continué mandat de poursuivre cette tâche, ils n'hésitent pas désormais à prier les groupements médicaux de la leur faciliter.

Et comment ?

En s'abouchant au plus vite avec les groupements mutualistes régionaux pour la constitution des commissions d'arbitrage prévues par l'accord ; en renvoyant ensuite à celles-ci la solution de tous les litiges dès qu'ils sont signalés, ou même pressentis seulement, en tout cas avant nul geste de lutte ou d'hostilité.

C'est une ère nouvelle qui s'ouvre pour l'action syndicale féconde : il faut s'y préparer avec beaucoup plus de soin qu'à ces manifestations trop souvent aussi stériles que bruyantes dont s'est émaillée la longue période d'où nous sortons. Le choix des arbitres médecins doit être notre grosse préoccupation : pas de danseurs où il faut des calculateurs ; pas d'insouciants où il faut des renseignés et des consciencieux ; pas de systématiques et d'obstinés où sont indiqués les esprits ouverts aux exigences du progrès social.

Les syndicats médicaux seront, nous n'en doutons pas, à la hauteur de cette mission, comme de celle absolument analogue qui va, dit-on, leur être confiée au sujet des litiges entre médecins et assureurs devant les lois d'accidents du travail.

C'était le vœu du Congrès des Praticiens préparant l'application de la *Liberté de Confiance* des malades et blessés : les syndicats le réaliseront à la satisfaction de tous.

H. J.

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Assemblée générale du 17 novembre 1907.

La séance est ouverte à deux heures sous la présidence de M. le Dr Maurat, *président*, assisté de MM. Lepage, *délégué de l'Association générale* ; Fleury, *actuaire* ; Cézilly, *vice-président* ; Gassot, *trésorier* ; Mignon, *secrétaire général* ; Jeanne, *secrétaire des séances*.

Allocution du président.

Mes chers confrères,

Vous vous souvenez que, l'an dernier, nous avions été obligés de déroger à nos habitudes en vous réunissant le Lundi matin seulement, pour notre Assemblée générale annuelle au siège social de la rue de Dunkerque. Cette séance n'était en effet qu'une réunion d'affaires, on n'avait à entendre qu'un compte rendu, fort intéressant, il est vrai, puisqu'il s'agissait de notre inventaire sexennal, mais il ne pouvait soulever aucune discussion et nous avions dû consacrer tout notre temps à nos autres filiales.

Cette année, même, obéissant à la grande loi qui régit les sociétés prospères en leur imposant le progrès et la marche toujours en avant, nous venons vous présenter une nouvelle combinaison visant les veuves et les orphelins de notre Société, et il était bien juste qu'on revînt aux anciennes habitudes afin de donner à cette réunion exceptionnelle l'éclat qu'elle mérite.

Cette combinaison étudiée, avec le plus grand soin dans tous ses détails par notre distingué actuaire, va vous être soumise tout à l'heure et vous recevrez toutes les explications complémentaires que vous pourrez désirer de la bouche même de M. Fleury, auquel je suis heureux de pouvoir en public adresser tous nos remerciements pour les incessants services qu'il veut bien nous rendre chaque jour.

Cette création nouvelle d'une caisse de retraite pour les veuves et les orphelins de notre Société recevra, croyons-nous, tout à l'heure, un accueil chaleureux,

mais ne croyez pas que pour cela notre œuvre soit complète, elle est au contraire toujours perfectible et je n'en veux pour preuve que l'intéressant travail de notre excellent ami M. le Dr Lande, sur le fonctionnement de notre Société pendant les trois dernières années écoulées, dont vous avez pu prendre connaissance dans le nº 45 du *Concours médical.*

Dans cette étude très bien faite et très intéressante, notre confrère, après avoir déploré comme nous tous que l'indemnité de 10 fr. par jour s'arrêtât à la fin du 2e mois pour être remplacée par un trop maigre secours de 3 fr. 33 par jour, a calculé que pour cette période de trois années, la continuation de payement de l'indemnité de 10 fr. par jour pendant le 3e mois eût augmenté nos dépenses de 11,05 % — pendant le 4e mois de 9.08 — — pendant le 5e mois de 8.04 % et pendant le 6e mois de 5.54 %. Soit au total pour les 4 mois de prolongation de l'indemnité une augmentation de 34,32 % de nos dépenses totales.

Malgré l'état prospère et la situation florissante de l'Association Amicale, notre ami est trop prudent et trop averti pour avoir songé un instant à demander à la Société un pareil sacrifice, mais il a, croyons-nous, ouvert un sillon fécond, et nous trouverons dans son travail l'amorce de l'étude d'une nouvelle amélioration peut-être possible pour l'avenir et que nous vous promettons de ne pas perdre de vue après en avoir conféré avec notre conseil habituel, M. Fleury.

L'utilité d'une Société comme la nôtre, vieille déjà de 13 années, composée actuellement de 1200 membres, possédant un capital de réserve considérable, et ayant distribué en indemnités plus de de 500.000 fr., n'est plus à démontrer, mais si après avoir établi comme nous allons le faire aujourd'hui une caisse des veuves et des orphelins, elle parvenait après calculs de l'actuaire et sans trop d'augmentation de charges à protéger *efficacement* le médecin lui-même, non plus pendant deux mois comme elle le fait, mais bien pendant six mois ou plus, il me semble qu'elle s'imposerait alors d'une façon tellement absolue que nos confrères viendraient dans un *Rush* formidable décupler nos forces et notre utilité.

Espérons que ce sera l'œuvre de demain, mais en attendant ce surcroît de travail pour notre trésorier et notre secrétaire-général, votre conseil vous proposera tout à l'heure une augmentation de l'indemnité accordée à ce dernier et qui n'est plus en rapport avec le travail et le temps que nous sommes obligés de lui demander. Nous aurions désiré faire de même pour notre trésorier si dévoué, mais il nous a déclaré, que son indemnité augmentée par vous, il y a quelques années était suffisante, du moins pour le moment ; nous nous contenterons donc pour cette fois de lui adresser ainsi qu'à notre ami le Dr Mignon tous nos remerciements pour les immenses services qu'ils rendent tous les deux à notre société. (*Applaudissements.*)

Je ne veux pas non plus terminer cette petite allocution introductive à vos travaux sans adresser à MM. les membres du bureau de l'*Association Générale des médecins de France*, tous nos remerciements pour les bienveillants efforts qu'ils font journellement dans un but de propagande en notre faveur parmi leurs Sociétés provinciales. De notre côté nous faisons tous nos efforts pour leur rendre les mêmes services et nous sommes convaincus qu'appuyées l'une sur l'autre, les deux Sociétés retireront de cette union parfaite les meilleurs résultats pour l'avenir.

La parole est à M. le Dr Gassot pour l'exposé des comptes de l'année 1906.

M. le Dr Gassot. — Messieurs, vous avez connu en temps utile mon rapport publié au journal : je suis à votre disposition pour tous renseignements, explications ou critiques.

M. le Président. — Puisque personne ne présente d'observations je donne la parole aux contrôleurs.

Rapport des contrôleurs.

Messieurs et chers confrères,

Vos contrôleurs étaient convoqués le 17 octobre dernier au siège social pour procéder à la vérification du compte du Trésorier.

Monsieur le docteur Blache représentait l'Association générale.

Mon confrère David et moi avons donc procédé avec Monsieur le docteur Blache à l'examen des comptes.

Comme les années précédentes, vos contrôleurs l'avaient constaté, nous avons pu, grâce à la limpidité de la comptabilité du Trésorier remarquer la parfaite concordance des chiffres de recettes et de dépenses dans les différents livres : aucune erreur n'a été relevée.

Nous avons eu entre les mains les récépissés de toutes les valeurs formant l'avoir de l'Amicale : notre capital atteint maintenant deux cent soixante-huit mille francs et se trouve déposé à la Société générale.

Nous ne pouvons mes chers confrères que constater la parfaite, l'irréprochable gestion de votre trésorier.

C'est pourquoi nous vous proposons d'approuver les comptes de l'année 1906 et de voter de vifs remerciments à M. le Dr Gassot dont le dévouement et le zèle vous sont bien connus.

Dr Jacquot.
Dr David.

M. le President.— Je mets aux voix l'approbation des comptes de l'année 1906.

Ces comptes sont approuvés à l'unanimité.

Comptes provisoires pour 1907.

M. *Gassot*, trésorier, reprend :

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous faire connaître notre situation actuelle.

Au 10 novembre 1907, l'Association amicale compte 1221 membres savoir :

657	membres inscrits à la combinaison,			A,
2	—	—		1/2 A,
487	—	—		B,
11	—	—		1/2 B,
64	—	—		C.
1221				

Je crois devoir appeler l'attention des membres de la combinaison A qui sont âgés de plus de 50 ans sur l'expiration prochaine du délai de faveur qui leur avait été accordé pour passer à la combinaison C. *A partir du 1er avril prochain, ce délai sera expiré, et la combinaison C leur sera fermée : nul n'y pourra plus entrer après cinquante ans.*

Cette année encore, l'Association générale des médecins de France est venue au secours de plusieurs de nos membres, frappés par la mauvaise fortune, elle a versé pour eux une somme de 756 fr., évitant à plusieurs la radiation et diminuant nos pertes déjà fort sensibles puisque nous avons perdu 19 membres.

Recettes.

Au 10 novembre, nos recettes se sont élevées à 116.215 fr. 01 savoir :

Cotisations	105.016 50
Intérêts	7.610 79
Recouvrements et rappels	1.073 05
Dons	550 30
Remboursement de valeurs	1.964 37
Total	116.215 01

Les cotisations rentrent toujours d'une manière très satisfaisante ; c'est à peine, si, à chaque semestre, une douzaine de membres se laissent suspendre momentanément de leurs droits. Parmi ceux-ci, il en est qui acceptent la situation de bonne grâce : ils se sont mis en retard, ils en supportent les conséquences, se promettant de ne plus se laisser prendre à l'avenir ; mais il en est d'autres, qui ne peuvent arriver à comprendre que l'ordre soit une nécessité dans une société comme la nôtre : ils sont de très anciens membres —, ils étaient partis en voyage — il est impossible que, pour quelques jours de retard, on les suspende pendant un mois — telles sont les raisons qu'ils invoquent, quand ils ne s'en prennent pas à la poste ou n'incriminent pas votre trésorier. Certains vont même jusqu'à menacer l'Amicale de communications désobligeantes dans leur Syndicat.

A tous, je répondrai que les statuts sont formels, que les cotisations sont exigibles au 1er janvier, et au 1er juillet de chaque année, et que les noms qui ne figurent pas dans les caisses arrêtées au 31 de ces mois sont, de ce fait, suspendus sans qu'il y ait besoin de prendre de décision spéciale à leur égard.

J'ajouterai que le trésorier apporte dans le recouvrement des cotisations tout le zèle et toute la complaisance possibles et que ceux qui, par leur négligence, se laissent prendre, sont mal fondés à proférer des plaintes qui ne sauraient être accueillies.

Dépenses.

Les dépensees, au 10 novembre, s'élevaient à 81.586 fr. 85 savoir :

Matériel	16 30	
Impressions	346 75	
Postes et transports divers	375 35	
Recouvrements et rappels	275 40	
Timbres quittances	227 10	
Frais de trésorerie	69 40	
Frais de bureau	1.950 »»	
Fr. de dépl. des memb. du cons.	75 »»	
Indemnités maladie	65.049 05	
Pour ordre :		
Versem. à la caisse des pensions	13.152 »»	
Retraits a la caisse auxiliaire	50 50	81.586 85

Balance des comptes.

Si aux recettes de l'exercice 1907		116.215 01
On ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1906	7.069 48	
Moins la somme due au trésorier à la même époque	1.685 54	5.383 94
On trouve		121.598 95
Et si l'on retranche les dépenses de l'année 1907,		81.586 85
Il reste une somme de..		40.012 10

dont emploi a éte fait de la manière suivante :

1° Achat de valeurs :		
1 oblig. chem, de fer Grand Central 3 °/o.		443 50
1 oblig. chemin de fer Est-Algérien 3 °/o..		436 95
1 oblig. chemin de fer Est-ancienne 3 °/o..		433 25
20 obl. ch. de fer d'Orléans nouvelles 3 °/o		8.547 85
		9.861 55
2° Espèces :		
A la Société Générale	29.452 29	
En caisse	698 26	30.150 55
Total égal		40.012 10

Caisse auxiliaire.

Au 31 décembre 1906, la caisse auxiliaire possédait	4.214 30
Nous lui avons versé la totalité des dons.	550 30
	4 564 60
Mais elle a opéré un remboursement à la veuve d'un de nos confrères	50 50
Il lui reste donc	4.514 10

Je crois inutile de présenter un compte *capital* à cette époque de l'année.

Comme conclusion, je crois pouvoir dire qu'à la suite d'une année exceptionnellement lourde, la situation de l'Association Amicale continue à rester excellente.

C'est une raison pour vous, messieurs, de redoubler votre propagande, près des confrères qui vous entourent : il n'est pas possible, si vous leur faites comprendre tout le bien qu'a déjà fait l'Amicale, que vous ne fassiez pas des recrues. Nous vous aiderons d'ailleurs par la propagande que nous-mêmes avons l'intention de reprendre dans le *Concours médical*. (*Applaudissements*).

Election d'un contrôleur.

M. le Président. — M. le Dr David, contrôleur sortant, a vu déjà son mandat renouvelé une fois. Désirez-vous lui donner un successeur quoiqu'il soit rééligible ? (Non, non).

Devant votre insistance, M. le Dr David accepte de continuer, si aucune autre candidature ne se pose.

Je mets aux voix le nom de M. le Dr David (*Adopté à l'unanimité*).

La parole est au Secrétaire général.

Communication du secrétaire-général

M. Mignon, secrétaire général.

Chers confrères,

Pour ne pas allonger outre mesure mon rapport statutaire que vous avez lu au journal et pour ne pas soustraire les lecteurs de l'objet principal par les questions accessoires, j'ai intentionnellement laissé de côté quelques points secondaires que je vous demande la permission d'aborder avec vous :

Dans l'exercice de mes fonctions de secrétaire général la seule difficulté sérieuse que je rencontre (et je la rencontre tous les jours), c'est de désigner aux candidats leurs examinateurs.

On a dû plus d'une fois s'étonner que je n'adresse pas systématiquement, automatiquement même, les candidats aux correspondants dévoués qui me les adressent : En effet plus d'une fois, j'ai déchargé le correspondant du soin de procéder à l'examen médical ; je l'ai fait, soit à cause de l'éloignement, soit par crainte que celui qui par propagande a lutté à maintes reprises contre l'insouciance de son confrère et a fini par lui arracher une adhésion (avec quelle peine, le plus souvent, nous le savons), ne se sente plus suffisamment indépendant pour faire refuser par le Conseil en cas de découverte d'une tare morbide celui qu'il avait eu tant de mal à décider à entrer à l'Amicale.

Mais, si j'agis ainsi, envers nos correspondants, ce n'est pas que je les suspecte, loin de là ; j'agis ainsi, tant que je le puis, envers tout confrère qui m'envoie une adhésion, qu'il soit correspondant ou non et il arrive alors, quand j'ai éliminé cette bonne volonté toute trouvée, pour la raison que je vous indiquais tout à l'heure, que je ne sais le plus souvent à quel saint me vouer, et je retombe, soit sur un confrère de la région déjà membre de l'Amicale, soit sur un des membres du Bureau de la Société locale ou du Syndicat de la région.. et cela, un peu au petit bonheur.

Il en résulte que parfois, malgré mes vastes...!! connaissances géographiques, j'oblige le candidat à perdre *deux jours pour aller se faire examiner*... quand encore il a la chance de rencontrer son examinateur.

La conclusion, la voici : Tout correspondant qui m'enverrait une adhésion, serait prié de me faire savoir en même temps, quel confrère lui paraîtrait le plus apte à faire l'examen médical : Pour tout candidat qui m'arriverait de lui-même, je poserais immédiatement la dite question au correspondant *ad hoc* avec prière de me répondre au plus vite.

Qu'en pensez-vous ?

Et surtout ne perdez pas de vue cette notion que nous ne devons faire adhérer et entrer à l'Amicale que les sujets rigoureusement sains et sans tares morbides.

Aujourd'hui, nous avons le devoir de rechercher la qualité, autant, sinon plus que la quantité.

J'aborde maintenant un deuxième point : il s'agit de la propagande et nous vous demandons de la faire plus intense que jamais. Dans l'intérêt de nos finances, c'est-à dire des secours et des indemnités dont vous pouvez tous avoir besoin d'un jour à l'autre ; il nous faut de plus en plus d'adhésions et de bonnes adhésions pour que les cotisations de ceux qui ont le bonheur d'être encore jeunes et bien portants, nous permettent de secourir ceux qui l'ont été, et qui maintenant sont vieux et malades.

Nos chroniques augmentent ; il faut augmenter dans une proportion supérieure nos adhérents jeunes et vigoureux.

Pour cela, nous avons au Conseil, l'intention de publier tous les 3 mois, un article de propagande qui paraîtrait dans le *Concours*, à la suite du procès-verbal de la séance du Conseil de chaque trimestre. Comme cet article roulera sur les faits et gestes du trimestre écoulé, nous comptons sur nos correspondants pour nous soumettre le plus de critiques, de propositions et d'idées possibles.

Enfin, je veux finir en vous lisant un petit tableau de chiffres suggestifs.

J'ai relevé au compte d'une quarantaine de sociétaires, les totaux des primes versées par eux, et les indemnités qu'ils ont reçues.

Par discrétion, je ne suis aucun ordre quelconque dans ce relevé, et j'ai même modifié de quelques francs chaque compte, sans que cela puisse modifier sensiblement l'ensemble.

Notez seulement, que bon nombre de ces comptes courent encore, et que dans quelques années, plus d'un d'entre eux verra sa colonne indemnité avoir pris sur la colonne des primes une avance de beaucoup supérieure à celle que vous allez constater.

Primes payées	Indemnités reçues	Primes payées	Indemnités reçues
819	1820	1050	3300
500	1900	448	4320
750	1600	1300	4150
150	1500	2000	3700
130	1540	790	3100
120	1150	940	3630
720	1900	1080	2550
858	3120	1650	3000
460	3100	580	6300
936	2800	1230	5000
820	3000	300	2200
910	2180	770	3100
990	2600	150	2500
720	2130	950	8300
390	2600	750	7850
350	2100	1830	9100
336	2200	880	9600
1260	2500	320	9200
1060	2860	708	4500
680	3630	1113	14036

soit pour un total de primes d'environ 22.800 fr., une somme d'indemnités s'élevant à plus de 150.000 francs.

Je n'insiste pas sur ces chiffres. Je dirai seulement, qu'il est heureux que beaucoup d'entre vous soient bien portants et payent sans toucher. J'ajoute que je souhaite de tout mon cœur à ces derniers de continuer ainsi le plus longtemps possible (*Applaudissements*).

M. le Président. — De peur de commettre un oubli j'interromps l'ordre du jour pour vous demander, de la part du Conseil qui en a délibéré, de porter à 1,200 francs le chiffre de l'indemnité du secrétaire-général auquel on voudrait pouvoir attribuer bien davantage pour être justes et reconnaissants. (Très bien, très bien).

Je mets aux voix cette proposition (*Adopté à l'unanimité*).

Je tiens aussi à remercier en votre nom M. le Dr Lande, de l'étude très intéressante, qu'il vous a fournie et que nous utiliserons dans l'avenir (*Applaudissements*).

La Caisse des pensions désormais bien mariée à l'Amicale par la combinaison C a chargé son trésorier M. Verdalle de vous dire sa situation actuelle. Mais notre confrère étant involontairement retardé, je vous prierai de l'entendre au cours de la séance du *Concours* (1). (*Très bien*).

Je donne la parole à M. le Dr Gassot au sujet du projet de création de la combinaison D.

M. Gassot, trésorier :

Projet de Création de la Combinaison D assurant à ses membres le bénéfice d'une pension pour leurs veuves ou leurs orphelins mineurs.

Vous avez pu lire, Messieurs, dans le n° 40 du *Concours médical*, la genèse et l'exposé des motifs de cette création nouvelle, je n'y reviendrai pas : je me borne à vous donner lecture du projet de convention avec l'Association générale des Médecins de France et du projet des statuts, ces deux documents ayant subi quelques modifications.

(1) Voir la communication de M. Verdalle au n° 48 de cette année.

1° Convention entre l'Association générale des médecins de France et l'Association Amicale des médecins français.

L'Association Amicale des Médecins français projette la création d'une caisse nouvelle dite combinaison D, ayant pour but d'assurer à ses membres, le bénéfice d'une pension pour leurs veuves ou leurs orphelins mineurs.

Les primes ont été calculées de telle façon que cette combinaison doive se suffire à elle-même. Il est possible toutefois qu'au début de son fonctionnement, et jusqu'au moment où le nombre de ses membres adhérents sera devenu suffisant, une élévation anormale de la mortalité empêche occasionnellement le paiement intégral des pensions.

Pour parer à cette éventualité, l'Association Amicale des Médecins Français a demandé à l'Association Générale des Médecins de France de lui donner la garantie nécessaire au fonctionnement immédiat de la Caisse projetée.

L'Association Générale des Médecins de France ayant consenti, il a été convenu ce qui suit :

Article premier.

L'Association générale des Médecins de France s'engage, jusqu'au moment où le nombre des membres de la combinaison D de l'Association Amicale mettra son fonctionnement à l'abri des écarts de mortalité, à faire chaque année, à ladite combinaison D de l'Association Amicale, le prêt des sommes reconnues nécessaires pour assurer le service des pensions pour lesquelles l'Association Amicale n'aura pu constituer les réserves mathématiques.

A cet effet, l'Association Amicale soumettra au Conseil général de l'Association générale des Médecins de France, à la fin de chaque exercice annuel, l'inventaire sommaire de la combinaison D avec, si le Conseil Général le demande, le rapport de son actuaire.

Les réserves mathématiques de la combinaison D seront calculées sur les bases qui ont servi à l'établissement des tarifs.

Article deuxième

La garantie donnée par l'Association générale des Médecins de France ne pourra, quant à présent et à moins d'un nouvel accord, dépasser le service de dix pensions complètes en tout.

Article troisième

Ces prêts seront faits sans intérêts. Ils seront remboursables aussitôt que l'Association Amicale sera en mesure de le faire, ainsi qu'il va être expliqué.

A la fin de chaque exercice, toute somme restée disponible après le paiement des frais généraux, la constitution complète des réserves mathématiques et le service des pensions, devra être expressément affectée au remboursement.

Le surplus des sommes disponibles devra être employé à constituer un fonds de réserve supplémentaire jusqu'à concurrence de 5 % des réserves mathématiques.

Article quatrième

Les femmes de médecins qui adhèreront à la combinaison D devront elles-mêmes faire partie de l'Association générale des Médecins de France.

Article cinquième

Les dispositions du règlement concernant le taux des pensions servies par la combinaison D et celui des cotisations, ainsi que les conditions

dans lesquelles les pensions doivent être servies, ne pourront être modifiées sans le consentement du Conseil général de l'Association générale des Médecins de France.

Fait double à Paris, le

2° Statuts additionnels

I

Sous le bénéfice de la ratification par l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France de la Convention adoptée en principe par son Conseil général, d'une part, et par l'Assemblée Générale de l'Association amicale, d'autre part :

Une combinaison nouvelle, dite combinaison D, est créée à l'Association Amicale des médecins français pour permettre aux membres de cette Association d'assurer, à leurs veuves, une pension annuelle de six cents francs pension qui est réversible, dans les conditions fixées à l'article 11, en cas de décès ou de divorce (1) de la mère, sur les enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

II

La combinaison D est indépendante des autres combinaisons de l'Association Amicale mais doit se superposer *à l'une d'elles*.

III

La limite de l'âge d'entrée dans cette combinaison est fixée à cinquante ans.

IV

Tout membre qui veut entrer à la combinaison D doit :

1° Subir un double examen médical devant les confrères que lui aura désignés le Conseil d'administration et qui enverront directement au secrétaire général les certificats qu'ils auront délivrés ;

2° Présenter un bulletin de mariage ainsi que le bulletin de naissance de sa femme, bénéficiaire éventuelle ;

3° Justifier que sa femme est affiliée à l'une des Sociétés locales agrégées à l'Association Générale des médecins de France.

Le Conseil d'Administration prononce sur l'admission à la fin de chaque trimestre.

V

Tout membre admis à la combinaison D paie une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son entrée dans la combinaison.

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de leur admission.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique au moment de l'entrée.

Le tableau ci-après détermine le chiffre des primes pour les divers âges.

Les cotisations ne peuvent être contre-assurées par l'Association Amicale dans le but d'assurer leur remboursement.

VI

La cotisation annuelle part du 1er janvier de l'année de l'admission.

Elle se paie, à la volonté du sociétaire, soit en une fois en janvier, soit en deux fois, par moitié, au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année.

Tout retard de plus d'un mois dans le versement de la cotisation, entraîne le paiement d'une indemnité mensuelle complémentaire de 0.50 % de la cotisation par mois, représentant les intérêts et les frais de correspondance et de rappel.

VII

La cotisation annuelle cesse d'être exigible :

1° Si le sociétaire vient à décéder ;

2° Si le sociétaire atteint 65 ans (1) ;

3° Si la femme du sociétaire vient à mourir sans enfants ;

4° Si la femme du sociétaire étant morte, il ne reste plus d'enfants mineurs âgés de moins de 18 ans.

VIII

La cessation de paiement de la cotisation pendant une année entraîne la radiation du sociétaire et la perte des droits conférés par la participation.

Toutefois si le sociétaire compte quinze années de participation avec paiement annuel régulier de la cotisation, une pension réduite sera attribuée à sa veuve.

Cette pension réduite sera égale à la différence entre la pension normale et la pension que la cotisation annuelle laissée en souffrance, assurerait à un adhérent entrant à l'âge où est arrivé le sociétaire au moment où il a cessé de payer cette cotisation.

IX

Le bénéfice des avantages concédés par la combinaison D ne commence que six mois après l'admission du sociétaire et après le paiement de la seconde prime semestrielle.

X

Sous les conditions de l'article précédent, le droit à la pension s'ouvre le lendemain du décès du sociétaire.

Il cesse :

Pour la veuve, le jour de son décès ;

Pour les enfants mineurs, le jour où ils atteignent 18 ans ou le jour de leur décès.

XI

Dans le cas de décès de la mère, la pension attribuée aux enfants mineurs sera, par tête, de :

300 fr. pour un ou deux orphelins ;
200 fr. pour trois orphelins ;
150 fr. pour quatre orphelins ;
120 fr. pour cinq orphelins.

Et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne puisse, en aucun cas, dépasser six cents francs par famille ni trois cents francs par tête.

Si l'un des orphelins pensionnés vient à mourir ou s'il atteint 18 ans, sa pension n'est pas reversible sur ses frères et sœurs.

XII

La pension se paie par quarts, à termes échus, à la fin de chaque trimestre (31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre) sur la production d'un certificat de vie pour les bénéficiaires.

Le premier arrérage ne comprend que le prorata couru depuis le jour du décès jusqu'à la date du paiement

De même le dernier arrérage, en cas de cessation du droit à la pension, ne comprend que le prorata couru jusqu'au jour de la cessation. En cas de décès, il est versé aux ayants droit, sur la

(1) Il est entendu que la pension n'est reversible que sur les enfants nés de cette union et non sur ceux qui pourraient naître d'un mariage ultérieur.

(1) L'âge d'entrée étant uniformément pour tous les sociétaires ramené au 1er janvier, l'âge de 65 ans se trouve par cela même ramené au 1er janvier : il en résulte que le sociétaire n'a pas à payer de cotisation pour l'année dans laquelle il atteint 65 ans.

production d'un bulletin de décès, aux dates fixées ci-dessus.

Il demeure entendu que les statuts généraux de l'Association Amicale sont applicables à la combinaison D.

Tableau des primes (1).

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
25	25	2.432	138
—	24	2.504	142
—	23	2.576	146
—	22	2.647	150
—	21	2.718	153
—	20	2.789	156
26	26	2.444	140
—	25	2.519	144
—	24	2.594	148
—	23	2.668	152
—	22	2.742	156
—	21	2.814	160
—	20	2.885	164
27	27	2.456	143
—	26	2.534	147
—	25	2.610	151
—	24	2.687	155
—	23	2.764	159
—	22	2.839	163
—	21	2.913	167
—	20	2.986	171
28	28	2.468	146
—	27	2.548	151
—	26	2.628	155
—	25	2.708	159
—	24	2.788	163
—	23	2.865	168
—	22	2.942	172
—	21	3.018	176
—	20	3.091	180
29	29	2.480	149
—	28	2.564	154
—	27	2.646	159
—	26	2.728	163
—	25	2.809	167
—	24	2.889	172
—	23	2.968	176
—	22	3.046	180
—	21	3.125	184
—	20	3.203	188
30	30	2.492	152
—	29	2.578	157
—	28	2.664	162
—	27	2.748	167
—	26	2.831	171
—	25	2.914	176
—	24	2.996	181
—	23	3.078	185
—	22	3.159	189
—	21	3.240	193
—	20	3.320	197

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
31	31	2.503	155
—	30	2.591	160
—	29	2.679	165
—	28	2.766	170
—	27	2.853	175
—	26	2.938	180
—	25	3.024	185
—	24	3 110	190
—	23	3.194	194
—	22	3.277	199
—	21	3.358	204
—	20	3.437	209
32	32	2.515	159
—	31	2.606	164
—	30	2.696	169
—	29	2.786	174
—	28	2.875	179
—	27	2.964	184
—	26	3.052	189
—	25	3.140	194
—	24	3.227	199
—	23	3.312	204
—	22	3.396	209
—	21	3.478	214
—	20	3.560	219
33	33	2.528	163
—	32	2.621	169
—	31	2.714	174
—	30	2.805	179
—	29	2.897	184
—	28	2.988	190
—	27	3.079	195
—	26	3.170	200
—	25	3.260	205
—	24	3.349	210
—	23	3.436	215
—	22	3.521	220
—	21	3.607	226
—	20	3.691	231
34	34	2.538	167
—	33	2.635	173
—	32	2.730	179
—	31	2.825	184
—	30	2.918	189
—	29	3.012	195
—	28	3.107	201
—	27	3.200	206
—	26	3.294	211
—	25	3.386	217
—	24	3.476	223
—	23	3.565	228
—	22	3.654	233
—	21	3.741	238
—	20	3.828	243

(1) Nous ne donnons ici que les cas les plus fréquents, le calcul des primes sera établi pour les âges de la femme supérieurs ou inférieurs à ceux qui sont inscrits à ce tableau.

Tableau des primes.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
35	35	2.550	171
—	34	2.647	177
—	33	2.745	183
—	32	2.842	189
—	31	2.939	194
—	30	3.037	200
—	29	3.134	206
—	28	3.230	212
—	27	3.327	217
—	26	3.421	223
—	25	3.514	229
—	24	3.607	235
—	23	3.699	240
—	22	3.791	245
—	21	3.881	250
—	20	3.971	255
36	36	2.560	175
—	35	2.660	181
—	34	2.760	187
—	33	2.861	193
—	32	2.961	199
—	31	3.061	206
—	30	3.160	212
—	29	3.259	218
—	28	3.359	224
—	27	3.456	230
—	26	3.553	236
—	25	3.650	242
—	24	3.746	248
—	23	3.842	254
—	22	3.938	260
—	21	4.032	266
37	37	2.570	180
—	36	2.673	186
—	35	2.776	192
—	34	2.879	198
—	33	2.982	205
—	32	3.085	212
—	31	3.187	219
—	30	3.290	225
—	29	3.392	231
—	28	3.493	238
—	27	3.593	244
—	26	3.692	250
—	25	3.792	256
—	24	3.890	262
—	23	3.987	268
—	22	4.084	274
38	38	2.579	185
—	37	2.686	191
—	36	2.792	198
—	35	2.898	205
—	34	3.003	212
—	33	3.109	219
—	32	3.214	226
—	31	3.319	233
—	30	3.424	239
—	29	3.528	246
—	28	3.631	253
—	27	3.733	259
—	26	3.835	265
—	25	3.937	271
—	24	4.037	277
—	23	4.136	283
39	39	2.588	190

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
39	38	2.698	197
—	37	2.807	204
—	36	2.915	211
—	35	3.023	218
—	34	3.131	225
—	33	3.239	232
—	32	3.347	239
—	31	3.455	246
—	30	3.562	253
—	29	3.668	260
—	28	3.774	267
—	27	3.879	275
—	26	3.983	282
—	25	4.086	289
—	24	4.189	306
40	40	2.596	195
—	39	2.708	202
—	38	2.820	209
—	37	2.931	217
—	36	3.042	225
—	35	3.153	233
—	34	3.265	241
—	33	3.376	248
—	32	3.487	255
—	31	3.597	263
—	30	3.706	271
—	29	3.815	278
—	28	3.924	285
—	27	4.032	292
—	26	4.139	299
—	25	4.244	306
41	41	2.602	201
—	40	2.717	209
—	39	2.831	217
—	38	2.946	225
—	37	3.060	233
—	36	3.175	241
—	35	3.290	249
—	34	3.403	257
—	33	3.517	264
—	32	3.630	272
—	31	3.743	280
—	30	3.855	288
—	29	3.967	295
—	28	4.078	302
—	27	4.188	309
—	26	4.296	316
42	42	2.608	208
—	41	2.725	216
—	40	2.843	224
—	39	2.961	232
—	38	3.078	241
—	37	3.195	249
—	36	3.313	257
—	35	3.431	265
—	34	3.547	274
—	33	3.664	282
—	32	3.780	290
—	31	3.896	298
—	30	4.011	307
—	29	4.124	315
—	28	4.237	323
—	27	4.349	331
43	43	2.612	214
—	42	2.733	222

Tableau des primes.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.	AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
43	41	2.854	231	45	30	4.505	378
—	40	2.974	240				
—	39	3.094	249	46	46	2.617	238
—	38	3.215	258	—	45	2.747	248
—	37	3.335	267	—	44	2.876	258
—	36	3.456	276	—	43	3.006	268
—	35	3.577	285	—	42	3.134	279
—	34	3.696	294	—	41	3.264	289
—	33	3.815	303	—	40	3.395	299
—	32	3.934	312	—	39	3.525	310
—	31	4.052	320	—	38	3.655	321
—	30	4.170	328	—	37	3.785	332
—	29	4.287	336	—	36	3.914	343
—	28	4.403	344	—	35	4.044	353
				—	34	4.173	363
44	44	2.615	222	—	33	4.302	373
—	43	2.738	231	—	32	4.429	383
—	42	2.862	240	—	31	4.555	393
—	41	2.985	249				
—	40	3.110	258	47	47	2.616	247
—	39	3.234	267	—	46	2.748	258
—	38	3.359	277	—	45	2.879	269
—	37	3.482	287	—	44	3.012	280
—	36	3.605	296	—	43	3.145	291
—	35	3.727	306	—	42	3.278	302
—	34	3.850	315	—	41	3.412	313
—	33	3.973	324	—	40	3.546	324
—	32	4.094	333	—	39	3.680	336
—	31	4.215	342	—	38	3.813	348
—	30	4.335	351	—	37	3.946	359
—	29	4.453	360	—	36	4.080	370
				—	35	4.212	381
45	45	2.617	229	—	34	4.343	392
—	44	2.744	238	—	33	4.474	403
—	43	2.870	248	—	32	4.603	414
—	42	2.997	258				
—	41	3.122	268	48	48	2.612	256
—	40	3.250	278	—	47	2.747	267
—	39	3.377	288	—	46	2.882	279
—	38	3.505	298	—	45	3.017	291
—	37	3.631	308	—	44	3.153	303
—	36	3.758	318	—	43	3.291	315
—	35	3.883	328	—	42	3.428	327
—	34	4.009	338	—	41	3.565	339
—	33	4.134	348	—	40	3.702	351
—	32	4.259	358	—	39	3.838	363
—	31	4.382	368	—	38	3.975	375

Tableau des primes.

AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.	AGES du mari	AGES de la femme	COTISATION unique Fr.	COTISATION annuelle Fr.
48	37	4.111	387	49	35	4.556	444
—	36	4.247	399	—	34	4.693	456
—	35	4.382	411				
—	34	4.517	423	50	50	2.600	279
—	33	4.650	435	—	49	2.739	292
				—	48	2.879	305
49	49	2.607	267	—	47	3.021	318
—	48	2.743	279	—	46	3.163	332
—	47	2.880	291	—	45	3.306	346
—	46	3.019	304	—	44	3.450	360
—	45	3.159	317	—	43	3.594	374
—	44	3.300	330	—	42	3.738	388
—	43	3.441	343	—	41	3.882	402
—	42	3.582	356	—	40	4.026	416
—	41	3.722	369	—	39	4.170	430
—	40	3.862	382	—	38	4.313	443
—	39	4.002	395	—	37	4.456	456
—	38	4.142	408	—	36	4.599	469
—	37	4.281	420	—	35	4.742	482
—	36	4.419	432				

Pour éviter des questions auxquelles il serait impossible de donner satisfaction, le Conseil d'Administration avertit les sociétaires que l'organisation future est rigoureusement exclusive de tous cas particuliers ne rentrant pas dans la règle générale. Ces cas particuliers, quelqu'intéressants qu'ils puissent être, ne peuvent recevoir satisfaction, car ils entraîneraient, à eux seuls une organisation spéciale à chacun d'eux.

Après avoir entendu cette lecture l'Assemblée vote article par article, puis dans leur ensemble les statuts additionnels. Elle ratifie ensuite le projet de convention avec l'A. G. et donne mandat au Conseil de le soutenir à l'Assemblée générale prochaine de cette Société.

Après un échange de vues auquel prennent part MM. Bourdon, Boudin, Fleury, Huguenin, Gassot et Mignon, au sujet de la mise en pratique future de la combinaison nouvelle et de la propagande en faveur de l'Amicale la séance est levée.

Le secrétaire des séances, — *Le Président,*

Dr H. Jeanne. — Dr A. Maurat.

LA SEMAINE MEDICALE

Traitement des hémoptysies à répétition.

Les hémoptysies sont souvent difficiles à arrêter par les procédés ordinaires : eau de Rabel, limonade sulfurique, perchlorure de fer, antipyrine, ergotine, tannin, ratanhia, poudre de Dower et ipéca. Les malheureux, qui en sont atteints, se désespèrent et leur entourage est terrifié ; le médecin est parfois embarrassé. C'est pour faire cesser cette pénible situation que nous nous permettons aujourd'hui de signaler les procédés les plus efficaces à mettre en œuvre.

Tout d'abord, il faut se défier des nouveautés. Récemment, par exemple, M. le Dr Gaultier a préconisé le gui, comme merveilleux contre les hémoptysies. Nous pensons qu'il est prudent d'attendre encore un plus grand nombre de preuves avant de proclamer l'efficacité du gui. Nous possédons fort heureusement des remèdes exceptionnellement actifs : la ferripyrine, le sérum gélatiné, le chlorure de calcium, l'hydrastis canadensis.

La ferripyrine, combinaison du perchlorure de fer et de l'antipyrine, s'emploie à la dose de cinq à quarante centigrammes, en potion ou en solution. Le chlorure de calcium chimiquement pur se donne en solution par doses fractionnées de quarante centigrammes toutes les deux heures. Le sérum gélatiné s'administre en injections sous-cutanées ou intra-musculaires ; il est important que le sérum gélatiné soit parfaitement stérilisé, si l'on veut être sûr d'éviter le tétanos.

L'hydrastis canadensis en teinture, est très facile à administrer et surtout très efficace, à la dose de trente à quarante gouttes par jour.

Armé de ces moyens, on peut lutter à peu près sûrement contre toute hémoptysie, à condition de recommander l'immobilité absolue du thorax, le buste élevé, et la succion de petits fragments de glace, de temps en temps.

La cure de terrain chez les turberculeux pulmonaires.

M. le Dr Ch. Mantoux de Cannes-Le-Cannet a fait, dans la *Presse médicale*, une étude de la cure de terrain chez les tuberculeux pulmonaires. Cette cure, dit-il, comporte un triple exercice, musculaire, cardiaque, respiratoire ; ce triple exercice répond chez les tuberculeux pulmonaires à des indications très nettes. Lorsqu'un tuberculeux doit prendre quelqu'exercice, c'est en général la marche qu'on lui prescrit : à la marche en terrain l'auteur préfère de beaucoup lorsqu'elle est possible, la marche ascensionnelle. Elle fait travailler les muscles plus à fond : elle met en jeu, à la montée et à la descente, des groupes musculaires différents : l'une repose de l'autre c'est un fait bien connu de ceux qui ont l'habitude d'excursionner en montagne. Mais son plus grand avantage est de se régler avec une extrême facilité et de régler par là même l'exercice cardiaque et l'exercice respiratoire qui lui sont nécessairement associés.

Les *fonctions cardiaques* sont souvent touchées par la tuberculose pulmonaire : on sait que les dimensions du cœur sont habituellement inférieures à la normale chez les tuberculeux. Toute pratique qui a pour résultat de développer et de fortifier le muscle cardiaque est donc ici formellement indiquée ; or c'est dans ce but même que la cure de terrain a été imaginée et réglée par Oertel.

De même qu'ils ont le cœur petit, les tuberculeux pulmonaires ont souvent le *thorax étroit* ; leur *capacité pulmonaire* est toujours diminuée. la marche ascensionnelle force le sujet qui l'exécute à respirer profondément, et comporte par là même, une véritable gymnastique respiratoire.

Mais, cette gymnastique respiratoire est essentiellement différente, au point de vue physiologique de la gymnastique respiratoire proprement dite. Celle-ci est toujours *voulue* : l'exercice respiratoire de la cure de terrain est purement *réflexe* et déterminé seulement par le travail musculaire. Seconde différence : les mouvements respiratoires sont ici, à moins d'arriver à un degré d'anhélation que l'on doit toujours éviter, bien moins profonds que ceux de la gymnastique respiratoire vraie ; celle-ci par contre ne saurait être prolongée sans fatigue au-delà de quelques minutes ; l'exerciee respiratoire de la marche ascensionnelle dure autant qu'elle, c'est-à-dire fort longtemps chez les sujets entraînés.

La cure de terrain ne saurait être imposée à tous les tuberculeux : seuls en sont justiciables les sujets qui supportent bien l'exercice et, en particulier, la marche en terrain plat.

Il est une catégorie de malades, chez qui la cure de terrain acquiert la valeur d'une *médication spécifique* ; ce sont les malades atteints de *dyspnée d'effort*, de cause mécanique, quelle que soit d'ailleurs l'origine de cette dyspnée d'effort. Au premier rang de ces dyspnéiques d'effort, se placent les scléreux pulmonaires, les emphysémateux, les anciens pleurétiques, les tuberculeux obèses et les tuberculeux cardiaques.

« La pratique de la cure de terrain est d'une grande facilité : elle comporte cependant quelques précautions, et le médecin doit indiquer très exactement au malade la façon dont il procèdera.

« La première, la plus essentielle des recommandations est de ne jamais atteindre la fatigue. L'entraînement doit être progressif, méthodique : on doit commencer par des routes peu inclinées, par des promenades courtes, et n'augmenter que peu à peu la longueur de la course, et la hauteur à laquelle on s'élève. On doit monter lentement, d'un pas égal ; on doit respirer exclusivement par le nez, et ne pas causer en montant : parler fait perdre au malade le meilleur de son exercice, en rompant le rythme respiratoire, et en amenant par là un rapide essoufflement.

« Autant que possible le malade commencera par la montée, afin de n'avoir plus, pour regagner son point de départ, qu'un effort minime à fournir. Arrivé en haut de sa course, il évitera de s'asseoir, et aura soin de se couvrir, surtout s'il est en transpiration d'un vêtement supplémentaire. Enfin, sitôt rentré, il lui faudra s'étendre sur la chaise longue, et prendre sa température : l'élévation thermique qui, chez certains tuberculeux, suit l'exercice, est parfois de très courte durée : il importe de la saisir : hyperthermie est synonyme de surmenage : l'on ne devra continuer l'entraînement que si la température reste parfaitement stable.

« De même toute perte de poids, exception faite pour les sujets qui sont au-dessus de leur poids normal, et qui ont, en général, tout avantage à y revenir, devra faire interrompre immédiatement la cure de terrain.

« Moyennant ces faciles précautions, la cure de terrain ne provoque aucun accident, aucun incident et donne d'excellents résultats, surtout en matière d insuffisance respiratoire, de dyspnée d'effort. Ces résultats sont bien supérieurs à ceux de la gymnastique respiratoire proprement dite.

« La gymnastique respiratoire, en mobilisant à fond le poumon, exerce sur lui une action énergique, presque brutale, et donne souvent lieu, chez les tuberculeux, à des accidents : elle occasionne fréquemment des accès de toux, surtout chez les catarrheux ; on l'a vue provoquer des hémoptysies, des poussées aiguës ; l'exercice respiratoire de la cure de terrain, beaucoup plus doux, ne comporte aucun de ces inconvénients. »

Les courants de haute fréquence chez les hypertendus.

A l'une des dernières séances de la Société de Thérapeutique, MM. Delherm et Laquerrière ont présenté un rapport sur l'action des courants de haute fréquence chez les hypertendus.

Ces auteurs n'ont pas constaté, disent-ils, d'action hypotensive immédiate après chaque séance de haute fréquence chez les sujets à hypertension constante.

Leurs observations ne leur ont pas permis de constater que même avec un régime alimentaire, les applications de haute fréquence mettaient sûrement à l'abri soit des accidents de l'artério-sclérose, soit d'une nouvelle élévation de la pression, comme on l'a soutenu ;

Chez les quelques malades qu'ils ont étudiés à ce point de vue, les séances n'ont pas semblé produire de modifications notables de la pression capillaire ;

Le phénomène vasculaire qui a paru le plus fréquent — sans être rigoureusement constant — est l'augmentation de l'amplitude du pouls capillaire.

Cliniquement, les résultats, soit chez les malades qui ont été examinés spécialement au sujet de leur pression sanguine, soit chez ceux qui n'ont pas été examinés à ce point de vue, ont été souvent favorables, quand il s'est agi de ces sujets qu'on pourrait classer sous l'étiquette générale de « congestifs » (arthritiques, goutteux, prescléreux, artério-scléreux, etc.).

« En effet, nous ne pensons pas que la pression sanguine soit le seul facteur dont on doive tenir compte ; nous attachons une grande importance à la nutrition générale et à l'élimination urinaire ».

Les courants de haute fréquence qui modifient souvent le pouls capillaire assurent une meilleure ventilation pulmonaire, une élimination plus marquée de l'acide carbonique et une fixation plus active d'oxygène par le sang — qui augmentent la rapidité des échanges (réduction plus rapide de l'oxyhémoglobine), et rendent plus active la thermogenèse — qui, enfin, améliorent les formules urinaires (analyses chimiques, cryoscopie) et assurent l'élimination plus complète des toxines, paraissent mériter une place importante parmi les meilleures mesures d'hygiène générale à prescrire comme moyen de soulagement symptomatique et peut-être même comme mesures préventives.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. A. Broca.

Les exostoses ostéogéniques.

Leçon du 13 novembre 1907, rédigée par M. Rendu, interne du service.

A propos d'un enfant que vous avez vu opérer ces jours derniers, vous m'avez entendu porter le diagnostic d'exostose ostéogénique.

Par exostose ostéogénique, il faut simplement entendre : tumeur faisant saillie sur l'os, en relations intimes avec le cartilage conjugal. Laissez moi donc tout d'abord vous rappeler brièvement ce qu'est ce cartilage conjugal, et le rôle qu'il joue dans l'accroissement des os.

Vers la partie moyenne de la diaphyse de tout os long existe toujours un point osseux primitif d'où irradient les travées osseuses vers les deux extrémités. Secondairement, à chaque épiphyse, apparaissent un ou plusieurs autres points osseux. Mais entre ces deux centres d'ossification, diaphysaire et épiphysaire, se placent deux lames cartilagineuses horizontales, les cartilages conjugaux, aux dépens desquels se fait l'accroissement des os en longueur, par apposition successive de rondelles ossifiées, selon un processus dont l'activité est incomparablement plus grande à la face diaphysaire qu'à la face épiphysaire. Aussi les désigne-t-on encore du nom de « cartilages d'accroissement », ou de celui de cartilages dia-épiphysaires, en raison même de leur situation. Ces cartilages ne s'ossifient et ne cessent d'être actifs qu'entre 20 et 24 ans suivant les os, et suivant aussi l'extrémité considérée dans chaque os. Dans un même os en effet, ils ne prolifèrent pas également. Qu'il me suffise de vous rappeler qu'au membre inférieur les cartilages les plus actifs sont ceux qui se trouvent au voisinage de l'articulation du genou : qu'au membre supérieur, au contraire, ce sont ceux des extrémités osseuses les plus éloignées de l'articulation du coude. Ces cartilages sont ceux qui ont la plus longue durée car non seulement ils se soudent en dernier, mais c'est dans leur épiphyse que le point complémentaire apparaît en premier.

Ces notions sont importantes en pathologie, car ces zones de prolifération servent d'appel à beaucoup de lésions, syphilis, sarcome, ostéomyélite ; et même ces lésions se portent aux cartilages les plus actifs, de préférence aux autres, c'est-à-dire, à l'extrémité inférieure du fémur, supérieure du tibia et du péroné, etc...

— Ces notions rappelées, revenons à l'histoire clinique de notre jeune malade.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, parfaitement solide et bien constitué, que ses parents ont amené à notre consultation pour une tumeur de la face interne du bras, dont l'apparition remonterait, disent-ils, à 6 mois, et qui, depuis deux mois, augmenterait davantage.

Très rapidement l'examen permet de se rendre compte de l'indolence absolue de cette tumeur et de sa nature osseuse. Elle s'implante sur la face interne de l'humérus, à la partie supérieure de la diaphyse ; sa consistance est celle de l'os ; on ne peut lui imprimer aucun mouvement latéral ou vertical. Les mouvements et la forme du bras ne sont d'ailleurs nullement modifiés.

La recherche d'autres exostoses sur différents points du squelette reste absolument négative ; il s'agit bien d'une exostose unique.

De rachitisme point ; rien sur le squelette ne permet d'en soupçonner l'existence, résultat absolument concordant avec ce que nous savons de la première enfance du malade, dont l'allaitement, l'apparition des dents et les premiers pas ne donnèrent lieu à aucun incident.

Rien de pareil non plus chez ses ascendants.

Les parents ont un squelette normal, et des 6 frères ou sœurs de l'enfant, aucun ne présente d'exostose. Il n'y a donc aucun caractère familial, ce qui est l'une des particularités de l'exostose ostéogénique unique.

— La radiographie confirme le diagnostic, mais, sur l'épreuve que vous pouvez voir, deux choses frapperont cependant ceux d'entre vous qui ont examiné l'enfant. Tout d'abord la production osseuse semble beaucoup plus petite qu'elle ne paraissait à la main. Et ceci n'est pas seulement l'impression d'une palpation à travers les parties molles. La vraie raison est dans la structure même de cette saillie osseuse, qui représente en miniature la constitution même de l'os où elle s'implante. Au centre, de l'os, d'autant plus âgé qu'on se rapproche davantage de l'axe de l'exostose, parfois même un véritable petit canal médullaire. Tout autour, une certaine épaisseur de cartilage, cartilage d'accroissement analogue au conjugal. Or le tissu osseux seul est imperméable aux rayons Rœntgen : le cartilage se laisse traverser, au moins en partie, et, si vous regardez avec plus d'attention vous pourrez voir, sur l'épreuve radiographique une sorte de manchon estompé tout autour de la saillie de l'exostose : c'est le cartilage en question.

Le second point intéressant de cette radiogra-

Sur les radiographies que je vous montre, vous voyez en certains points, en particulier sur l'épiphyse comme gonflée de la tête du péroné, des transparences qui indiquent la prépondérance considérable du cartilage de l'os : et cependant il n'y avait aucune évolution néoplasique.

A coup sûr, il pourra se développer, au niveau d'une exostose, un ostéo-sarcome tout aussi bien que sur un os quelconque, et certains faits sont probants ; mais il n'existe pas de statistique prouvant que l'exostose soit un point de prédilection pour cette dégénérescence.

Les exostoses ne sont donc pas dangereuses en tant que tumeur, et ce n'est pas ce genre de considération qui doit décider de l'acte opératoire.

Le siège seul de l'exostose doit être considéré, car en certains endroits, tendons, muscles, vaisseaux et nerfs peuvent être mécaniquement déviés, irrités, comprimés. C'est par exemple, l'exostose de la partie supérieure de la face interne du tibia qui gênera mécaniquement le jeu de l'articulation du genou en tendant le tendon du droit interne et en limitant l'extension. Ailleurs, ce seront, autour du coude surtout des accidents de névrite, et même parfois à l'aisselle, au creux poplité, des ulcérations vasculaires avec anévrismes diffus.

Chez notre malade l'exostose siégeait trop près de l'humérale, du médian, et même des autres nerfs du bras, pour que l'opération ne fût pas conseillée. Attendre l'accident eût été ici de bien mauvaise pratique. Le développement même de la tumeur avait des chances réelles d'y conduire ; nous étions donc en droit de recourir tout de suite à une opération bénigne et efficace. Toute différente sera la conduite en présence des exostoses multiples. On ne peut ici systématiquement s'attaquer à chaque exostose individuellement, en sculptant pour ainsi dire une diaphyse normale parmi des exubérances osseuses. Il faut alors attendre une indication opératoire, sans s'acharner contre des exostoses presque toutes destinées à rester indifférentes et qui désarment par leur multiplicité.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins de la Seine

Secrétariat général.

Paris, le 2 décembre 1907.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son Assemblée générale annuelle les dimanches 24 novembre et 1er décembre. Il a renouvelé son bureau et son Conseil d'administration.

Ont été élus :

Président : Dr Philippeau.

Vice-présidents : Drs Bellencontre et Noir.

Secrétaire général : Dr Guillemonat.

Secrétaires des séances : Drs Diverneresse et Levassort.

Rédacteur en chef du Bulletin : Dr Leredde.

Membres du Conseil :

Drs Barrault, Dally, Duverdier, Fournier, Grunberg, Laisné, Leclerc, Perrodeau, Ramonat, Thiellement, Tourtourat, Wicart.

Je vous serais très obligé, Monsieur le Secrétaire général, de publier dans votre journal une note sur ce sujet,

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations très distinguées.

Dr A. Guillemonat.
Secrétaire général.

N. D. L. R. — La note que nous donnerons sera celle de la satisfaction pure et simple. Trois scrutins successifs ont prouvé avec une évidence toujours croissante que la majorité des syndiqués parisiens entend rester en communion d'idées avec le Congrès des Praticiens, vivre sous un pacte vraiment syndical, incliner dans la mesure déontologique possible, les intérêts particuliers devant l'intérêt général.

Quelques timorés redoutent encore, à propos du vote prochain des statuts, une obstruction, des scissions, des démissions en masse !!! L'expérience faite à ce sujet dans les autres syndicats condamne absolument ces craintes. Le fait ne s'est produit nulle part. Il eût été l'aveu d'un douteux esprit de confraternité, puisqu'il est hors de doute que les engagements réels de solidarité font peur seulement à ceux qui ne les prenaient vaguement jusqu'ici qu'avec la pensée de les trahir sans inconvénient à toute occasion favorable.

On est syndicaliste ou on ne l'est pas, que diable ! Et quand on prétend en avoir la mentalité on ne redoute aucun lien déontologique.

Comment on fait partie de l'Association générale des médecins de France.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Conseil général.

Paris, le 1er décembre 1907.

A Monsieur le docteur Jeanne,
Rédacteur en chef du *Concours médical*,

Très honoré confrère et cher collègue,

Le *Concours médical* a reproduit une note rédigée par notre confrère Vigne, de Lyon, publiée par lui dans l'*Avenir médical* sous le titre : « Væ Solis ». Vous avez bien voulu promettre de reproduire aussi souvent que possible cet appel contre l'indifférence des médecins.

Mais, j'ai relevé dans cette note, une erreur que j'ai cru devoir signaler à notre confrère Vigne qui m'a répondu, d'une façon des plus aimables, qu'il modifierait sa rédaction. Je vous envoie ci-inclus une copie de la lettre écrite à M. Vigne ; elle vous fera connaître les observations que j'ai cru devoir lui soumettre.

La confusion qui peut se produire en ce qui concerne l'Association peut également, il me semble, se produire pour les Syndicats. Je me propose d'en parler avec notre collègue Gairal dès que j'aurai l'occasion de le voir.

Je vous serais très reconnaissant, mon cher collègue, si vous vouliez bien tenir compte, pour la note que vous insérerez dans *Le Concours* des observations présentées à M. Vigne.

Merci mille fois pour la propagande que vous voulez bien faire pour nos œuvres professionnelles et croyez, très honoré confrère et cher collègue, à mes tout dévoués sentiments.

Le Trésorier général,
Dr Blache.

Paris, le 22 novembre 1907.

A Monsieur le docteur Vigne, rédacteur en chef de l'*Avenir Médical*, à Lyon (Rhône).

Monsieur le Rédacteur en chef
et honoré Confrère,

Le numéro du 1er novembre 1907 de l'*Avenir Médical* contient, page 575, sous le titre « Væ Solis », quelques lignes résumant de façon à la fois la plus heureuse et la plus concise le « devoir et l'intérêt » de tout médecin.

Le 4e alinéa est ainsi concu : « Tout médecin a le devoir de se faire admettre à l'Association des médecins de sa région *ou* à l'Association des médecins de France-(5, rue de Surène. Paris), *ou même* à l'une *et* à l'autre de ces deux organisations..... »

Ainsi rédigée, la phrase me paraît prêter à confusion.

L'Association Générale de Prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France est la réunion, le groupement, la fédération (pour employer un mot à la mode en matière de mutualité) des 94 sociétés locales qui existent sur le territoire français.

Par conséquent, tout médecin qui fait partie d'une de ces sociétés, fait partie, — par le fait même — de l'Association Générale des Médecins de France, puisque c'est l'ensemble de ces sociétés unies qui constitue l'Association Générale. Faire partie de l'Association Générale, c'est être membre d'une de ses sociétés locales.

L'Association fondée en 1858, va atteindre sa cinquantième année d'existence et bien des médecins pourtant — même parmi les 9.500 sociétaires qui la composent — ignorent encore son mode de fonctionnement.

J'ai eu l'honneur de vous adresser 10 exemplaires d'une notice qui résume le but, les conditions d'admission, etc., de l'Association. Ne croyez-vous pas qu'il serait utile de rappeler aux confrères :

1° Que tout médecin qui veut entrer dans l'Association générale doit demander à faire partie de la société de sa région ;

2° Qu'il existe des sociétés locales dans tous les départements, sauf six qui n'ont pas de société : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ariège, Cantal, Corrèze, Lozère et deux dont la société n'est pas agrégée à l'Association : Indre-et-Loire et Rhône.

3° Que les confrères qui n'ont pas dans leur département de société locale agrégée à l'Association Générale, peuvent demander leur admission dans la société d'un département voisin ou à la *Société centrale*, dont le siège est à Paris.

Tout cela me paraît résumé dans la brochure que je vous ai adressée et qui a été si bien rédigée par notre confrère, M. Darras, secrétaire du Conseil général de l'Association. Peut-être y trouverez-vous quelques passages susceptibles d'intéresser vos lecteurs.

Veuillez agréer, etc.

Le Trésorier-Général
BLACHE.

Rédaction proposée à M. le Dr Vigne.

De faire partie de l'**Association générale des médecins de France** (5, rue de Surène, à Paris.)

Pour cela, il lui suffira de se faire admettre dans la Société locale de son département.

Les médecins qui résident dans les départements suivants : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ariège, Cantal, Corrèze, Indre-et-Loire, Lozère et Rhône, peuvent demander leur admission dans la Société d'un département voisin ou dans la *Société Centrale*, à Paris.

CONGRÈS DES PRATICIENS

Commission permanente de vigilance

Nous avons reçu les trois lettres suivantes :

Mon cher Confrère,

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir donner à vos lecteurs connaissance de la note suivante :

En présence de la réunion imminente de la Commission ministérielle, la Commission de vigilance du Congrès des Praticiens a décidé dans sa séance du 16 novembre de reprendre immédiatement l'agitation sur ces deux questions primordiales :

1° Suppression pure et simple du certificat d'admissibilité à l'agrégation et de tout certificat spécial.

2° Création d'un Conseil supérieur des études médicales.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr LEREDDE.

Paris, 18 novembre 1907

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Dans sa séance du 16 novembre 1907, la Commission permanente du Congrès des Praticiens a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant dont nous vous serions reconnaissants de donner connaissance à vos lecteurs :

Le Comité de permanence du Congrès des Praticiens, rappelant l'ordre du jour voté par lui dans sa séance du 17 juillet dernier et ainsi conçu :

« Considérant que le recrutement des professeurs des sciences fondamentales dans un corps uniquement enseignant, et que l'échange des professeurs entre les diverses Facultés de médecine de France constituent deux des desiderata adoptés par le Congrès, faisant abstraction des questions de personnes, félicite le Conseil de la Faculté de Paris d'avoir choisi comme professeurs d'anatomie et d'histologie des maîtres s'engageant à se consacrer à leur enseignement en dehors de toute clientèle » ;

Regrette les manifestations qui se sont produites à la Faculté de Médecine à l'inauguration du cours de MM. Prenant et Nicolas, et déplore que des étudiants aient obéi à des excitations blâmables, dans une affaire où les intérêts supérieurs de l'enseignement, c'est-à-dire leurs intérêts les plus directs étaient engagés.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en Chef, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Pour le Conseil et par ordre
Le Secrétaire Général
Dr LEREDDE.

Le 2e Congrès des Praticiens

Lille, 24 novembre 1907.

Mon cher Confrère,

Sitôt de retour à Lille, nous nous sommes mis à la besogne et j'ai le mandat de vous annoncer que le Comité provisoire pour le IIe Congrès des Praticiens français, à Lille, est d'ores et déjà constitué.

Il se compose du président de la Fédération du Nord, du président local de l'Association générale, des anciens présidents du Syndicat médical de Lille et des membres du bureau actuel auxquels s'adjoindront dans 15 jours les délégués des syndicats fédérés de professeurs des deux facultés de médecine, et enfin des anciens membres du comité d'initiative du Nord pour le Ier Congrès.

Le bureau est ainsi composé : Président, Dr Coppens ; secrétaire général ; Dr Aubert ; trésorier, Dr Deroy.

La sous-commission des finances va se mettre immédiatement à l'œuvre pour recueillir à Lille et dans la région les premiers fonds nécessaires à la propa-

gande et destinés à parer aux dépenses du début.

Dans cette première séance, il a été beaucoup question des journaux professionnels et en particulier du *Concours*, dont nous nous sommes promis d'user largement pour la propagande.

A plus tard d'autres détails.

Tout à vous. Dr LAMBIN.
Correspondant.

CORRESPONDANCE

Le tarif de l'Etat pour les soins aux victimes du travail.

On nous communique la lettre suivante :

Le Conseiller d'Etat, directeur général, à Monsieur le Dr Lop, 3, rue de la République, à Marseille.

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous informer, en réponse à votre lettre du 26 octobre courant qu'il n'existe pas de *tarif d'honoraires spécial* pour les opérations chirurgicales faites aux ouvriers victimes d'accidents du travail au service des chefs d'entreprise assurés auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents.

Le remboursement de ces honoraires aux assurés, qui sont, aux termes de leur police, tenus d'en faire l'avance, est effectué par la Caisse nationale dans les conditions déterminées par l'article 4 de la Loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905.

Recevez Monsieur, etc.

Pour le Conseiller d'Etat, etc., etc.

Signature illisible.

N. D. L. R. — Nous croyons équitable de faire remarquer que le « Concours » et le « Sou médical » n'ont pas été saisis de chicane de gros sous ayant amené litige entre la Caisse de l'Etat et nos Confrères.

Le régime du monopole par l'Etat serait-il donc à désirer pour nous ?

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Paris, le 7 novembre 1907.

Mon cher confrère,

Sans doute vous avez déjà lu l'article du *Temps*; je vous l'envoie néanmoins ainsi qu'un autre du journal des mécaniciens, comme autant de documents utiles à verser à votre dossier.

Les récriminations contre les médecins se font si violentes, les attaques si fréquentes, que dans une partie du public, peu au courant des dessous, et des mauvais desseins des compagnies, tout médecin non inféodé à une Cie qui s'occupe d'accidents du travail est à priori considéré comme un homme d'affaires et de vilaines affaires.

Comme les compagnies sont riches, puissantes, qu'elles disposent de la presse, comme d'autre part des centaines de médecins se désintéressent de la question — et pour cause — il me semble, cher confrère qu'il est de notre devoir de dévoiler par une campagne active tous les dessous de cette campagne à jet continu. Ne parle-t-on pas, dans certains milieux de l'éventualité de l'abolition de l'article quatre ?

Ne pensez-vous pas que le syndicat devrait nommer une commission, mettre quelques fonds à sa disposition, avec tout pouvoir pour lutter pied à pied, répondre à toutes les insinuations malveillantes et étaler chiffres et faits à l'appui, afin d'empêcher l'opinion publique de se laisser égarer ?

Un jour nous nous trouverons débordé, il sera trop tard pour agir.

Je sais que les compagnies préparent un dossier formidable pour les prochaines séances de la commission du tarif Dubief, faut-il se laisser surprendre ?

D'autre part si réellement il se trouve, çà et là, un confrère assez oublieux de ses devoirs pour abuser de la loi, n'est-ce pas au syndicat de provoquer des explications et de sévir, afin que la faute d'un faux frère ne retombe pas sur toute la corporation ?

Dans le même ordre d'idées je me demande si la proposition de ne soumettre à la commission de revision le projet du Dr Dally (p. 353 du Bulletin) *qu'au moment de la réunion de cette commission* n'est pas dénuée de toute portée pratique ; il y aura quelques vagues promesses puis une fois la commission dispersée on n'en entendra plus parler ; pourquoi ne pas faire des démarches officielles *avant* la réunion de la commission. On connaîtra ainsi les objections des compagnies et on sera mieux armé pour la discussion au sein de la commission.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr K.

Réponse. — Le « Concours médical » que j'ai prié de publier votre lettre a précisément pensé comme vous. La communication de MM. Jeanne et Divernaresse à l'assemblée générale du 17 novembre vous donne satisfaction.

Dr D.

TRIBUNE DU LIBRE CHOIX

Au milieu des nombreuses correspondances que nous recevons journellement, nous avions oublié la lettre suivante qui nous avait été adressée fin octobre en réponse à la lettre du Dr Pellerin parue *le 16 du même mois dans le Concours. La question* traitée étant toute d'actualité, nous nous empressons de réparer notre oubli. (N. D. L. R.)

Donzy, 25 octobre 1907.

Dans sa lettre du 13 octobre écoulé, le Dr Pellerin écrit que le libre choix du médecin pour les enfants assistés est irréalisable et injuste. J'estime qu'il n'est ni l'un ni l'autre.

Notre Confrère parle de fonctionnaires à créer (grand Dieu! je trouve déjà qu'il y en a déjà beaucoup trop) et craint des dépenses nouvelles. Quelle sollicitude ! Son appréhension n'est nullement justifiée.

En effet, il ne s'agit pas de créer des agences nouvelles, les nourrissons ne suffiraient plus à les alimenter, mais simplement des circonscriptions médicales dans les agences existantes et que l'on attribuerait aux médecins exerçant dans la même région qui en feraient la demande.

Les circonscriptions administratives resteraient ce qu'elles sont, il n'y aurait pas de charges nouvelles, partant pas de nouvelles dépenses. Il n'y a là rien d'irréalisable comme vous le voyez, et la question d'économie qui tient tant à cœur (?) à notre confrère se trouve inutilement posée.

Le syndicat de la Nièvre s'est prononcé pour le libre choix du médecin par les parents nourriciers. Ce n'est que secondairement, et pour parer à un refus absolu de l'administration, qu'il a adopté un vœu tendant à créer les circonscriptions médica-

les, là où fonctionne déjà le service, et à attribuer aux médecins résidant qui pourraient les accepter ou les demander.

En première ligne, *liberté* du malade ou de son nourricier; en seconde ligne, *égalité* des médecins devant l'administration. Ajoutons qu'avec un peu de *confraternité*, tout irait à merveille.

Passons à la question d'injustice.

Notre confrère craint que l'on enlève aux médecins en fonctions une partie de leur service, c'est-à-dire une partie de leur gagne-pain au bénéfice du premier venu qui le demandera. Ses craintes ne sont pas justifiées.

Il n'a jamais été question de déposséder les titulaires actuels du service. Cela est si vrai, que j'ai moi-même formellement spécifié avant le vote *que les situations acquises seraient respectées*. Certains ont feint d'oublier cette importante restriction et pour cause, mais le syndicat n'en donnait pas moins satisfaction à tous, bien que, comme je vais le dire, certaines situations aient été injustement acquises. J'ai connu, en effet, un médecin qui, après vingt ans de bons et loyaux services reconnus par l'Administration elle-même, a été remplacé sans motif par ce que notre confrère appelle «un nouveau venu». Je n'ai pas besoin de dire à quelles recommandations le nouveau titulaire devait son service.

Il y a plus. Me trouvant hier chez un confrère ami, je lui parlais d'assistance. Or savez-vous ce qu'il m'apprit à ma profonde stupéfaction? Oyez plutôt! Il y a 15 ans, mon confrère était médecin de l'assistance. Arrive un jeune confrère amené par une faction politique de l'endroit. Pour lui assurer le vivre, il lui fallait le service de l'assistance, mais le poste était pris. Que faire?

L'administration peu scrupuleuse ne fut pas embarrassée pour si peu.

Elle demanda au titulaire de.... (devinez!) démissionner! «Me démettre, répond mon confrère, jamais! Révoquez-moi si vous l'osez»!

A cette fière réponse, l'administration adressa à mon ami le billet suivant :

«J'ai l'honneur de vous informer qu'à la date du.... le service de l'Assistance dont vous étiez chargé, sera assuré provisoirement par le Dr X..»

Et depuis 15 ans le provisoire dure toujours! N'est-ce pas charmant?

A ma connaissance, deux confrères seraient dans le même cas dans la Nièvre.

Eh bien! vous qui parlez d'injustice, cher confrère Pellerin, que pensez-vous d'une telle façon d'agir?

Je termine. J'ai suffisamment démontré que les propositions votées par le syndicat de la Nièvre n'étaient ni irréalisables ni injustes, car elles n'augmenteraient pas les dépenses de l'administration et ne léseraient aucun des titulaires actuels du service.

C. Q. F. D.

Dr DURAND.

VARIÉTÉS

Le sérum de la fatigue

Par ces temps de sérothérapie outrancière, il faut s'attendre à tous les extrêmes dans cette voie toute neuve et pleine de mystères ; et c'est sans une trop vive surprise, que nous avons lu ici et là, dans les journaux médicaux comme dans la grande presse, la fameuse invention qu'un savant berlinois, M. Weichardt, illustre inconnu d'ailleurs, vient nous offrir. Il ne s'agit ni plus ni moins que du *Sérum de la fatigue*.

Le Sérum contre la fatigue, voilà, n'est-il pas vrai? une magnifique trouvaille, et dont le côté éminemment utilitaire ne saurait échapper à personne, à l'époque où nous vivons! Car, si jamais l'on vit mortels fatigués, c'est, certes, bien au commencement de ce XXe siècle qui méritera d'être appelé le « Siècle de l'asthénie », sous toutes ses formes. Et comment ne pas saluer avec reconnaissance le médicament surnaturel, qui le temps d'une piqûre, qui, l'espace d'une Pravaz, chasserait l'épuisement, l'éreintement, l'abrutissement et referait en un clin d'œil des organismes frais et dispos? Mais, j'y songe, d'ailleurs, on ne nous dit pas de quelle fatigue ce miraculeux sérum est destiné à triompher. Est-ce la fatigue physique du travailleur manuel, de l'artisan, du laboureur, du soldat? Est-ce la fatigue du viveur, du mondain? Du penseur, de l'intellectuel, du savant? Est-ce la fatigue d'un jour? De toujours? Et ceux qui naissent fatigués, nous dira-t-on, s'ils sont du nombre des bienheureux élus conviés à bénéficier de cette mirifique invention? Ne riez pas! Les neurasthénies constitutionnelles existent ; et qu'est-ce qu'un neurasthénique de cette espèce si ce n'est un fatigué congénital? Quant à moi, éclairé soudainement par cette découverte qui m'ouvre des horizons tout neufs, je veux me mettre à l'œuvre, et préparer une pâte épilatoire, destructive du poil dans la main. Je prétends ainsi faire fortune.

Trêve de plaisanterie! le sujet est sérieux, efforçons-nous de le traiter.

A quel moment la fatigue qui marque la limite au-delà de laquelle l'organisme ne peut plus utilement travailler cesse-t-elle d'être physiologique et salutaire pour devenir pathologique et néfaste? La Nature, qui plaça le remède près du mal en nous accordant le sommeil réparateur, se charge de nous répondre. Le début de la fatigue anormale est précisément marqué par ce fait que le sommeil cesse d'être réparateur, reposant ; qu'il nous fuit ou, qu'insuffisant, il nous laisse au réveil une impression de malaise, de *mal-être* pénible et persistant. La mesure des forces ayant été dépassée, les procédés normaux de restauration sont impuissants à rétablir l'équilibre. Le mécanisme est faussé, ainsi que dans une machine, quand un rouage a trop fonctionné. Mais le rouage se remplace partout, hormis dans l'organisme humain.

Eh bien! la Nature est encore là pour nous venir en aide, et ses inépuisables ressources nous apportent, à défaut de pièces interchangeables, les éléments d'une réparation qui imite le neuf à s'y méprendre et réalise des prodiges.

Ce qu'exprime *biologiquement* l'excès de la fatigue, c'est une désagrégation de la cellule dont le protoplasma organo-métallique se dissocie pour laisser échapper la molécule minérale : magnésie, soude, phosphore, fer, etc. L'urologie en fournit le témoignage le plus probant, et certain récipient d'usage intime et nocturne se colore, pour nous instruire, des stigmates dénonciateurs des veilles prolongées et des nuits blanches. Ce qu'exprime encore la fatigue excessive, c'est l'envahissement de nos humeurs, de notre sang, notre lymphe par des déchets, par des toxines en quantité telle que nos organes d'élimination sont impuissants à assurer leur évacuation parallèlement à leur production.

Où trouver à satisfaire ce double besoin, cette défaillance et cet excès? Et d'abord, ces minéraux, indispensables réfecteurs du tissu vivant, la Nature les possède à l'état de réserves immenses et elle nous les offre sous les espèces des eaux thermales qui jaillissent à la surface du globe, et où l'on trouve toute la série des métalloïdes et des

métaux nécessaires à la constitution de notre corps.

Entre toutes, une de ces eaux occupe une place bien tranchée dans la gamme si variée de l'hydrologie thermale, en raison de sa minéralisation spéciale ; minéralisation unique au monde ; minéralisation telle qu'un savant universellement connu,— Gubler — a pu la qualifier de « lymphe minérale naturelle », tant sont frappantes ses similitudes avec la minéralisation de la lymphe sanguine. C'est à cause de cette ressemblance, qui a pour corollaire immédiat une affinité parfaite pour la matière vivante organisée, que l'eau de Châtelguyon-Gubler, pour l'appeler par son nom, est si puissamment stimulante, tonique et réparatrice.

Que si, d'autre part, nous ajoutons, et le fait est consacré par une expérience multiséculaire, que cette action générale s'exerce localement avec son maximum d'énergie précisément sur les organes d'élimination, rein et intestin, dont elle rétablit et maintient le fonctionnement en parfait état, nous aurons expliqué pourquoi les Sources châtelguyonnaises si prodigues de leurs précieux dons attirent la clientèle toujours plus nombreuse, d'année en année, parce que plus satisfaite, des épuisés, des surmenés, des neurasthéniques, des fatigués pour tout dire. Ils viennent, dans un site merveilleux, au contact d'un air vivifiant et pur, retremper, récréer, leur corps et leurs forces en baignant de toutes les manières, en rafraîchissant, en gorgeant littéralement leurs cellules de ce sérum naturel, tout à la fois.

Laissons donc aux laboratoires,— qu'ils soient d'Outre-Rhin ou d'ailleurs,— la poursuite chimérique de leurs fantaisistes aspirations. La Nature est en elle-même le mieux agencé des laboratoires, et parmi les sérums qu'elle fabrique inépuisablement, celui qui arrose la terre d'Auvergne peut légitimement tenir la première place. Avec lui, pas de déception, pas de faillite. Il tient ce qu'il promet et au-delà. Manne bienfaisante de cette moderne terre promise, — Châtel-Guyon, — il redonne aux fatigués de la vie les forces nécessaires pour poursuivre utilement leur route jusqu'au jour qu'il fait aussi lointain que possible, où leur tâche accomplie, ils jouissent de ce repos définitif qu'aucun sérum ne remplacera et ne supportera jamais.

Dr G. DUCHESNE.

ASSISTANCE MÉDICALE MUTUELLE

Montpellier, le 31 octobre 1907.

Mon cher Confrère,

Pour continuer notre étude sur l'assistance par le travail pour les veuves du médecin, voici une lettre de notre vaillant confrère le Dr Dumas, de Lédignan (Gard), pour laquelle je sollicite la publicité du *Concours médical*. Voici les idées de notre excellent Confrère :

« Vous avez eu une excellente idée en proposant de créer dans tous les centres importants des magasins de vente de denrées et objets hygiéniques tenus par des veuves ou des orphelins de confrères, sans ressources suffisantes pour vivre. Cette idée, il faut la propager, la mettre en pratique, car elle m'apparaît comme le meilleur mode d'assistance par le travail; que dès maintenant chacun de nous la tourne et la retourne, l'examine sous toutes ses faces, pèse le pour et le contre et dise ensuite comment il voudrait la mettre en pratique et de quelles garanties, pour les titulaires et les clients, il voudrait entourer ces magasins de vente.

Pour joindre au précepte l'exemple, je vais vous esquisser mon plan :

D'abord un Comité central à Paris, souverain juge en cas de contestations.

Ensuite un Comité dans chaque département auquel les postulantes adresseraient leur demande et qui, après examen des titres et références, désignerait le titulaire.

Ce Comité dresserait la liste des denrées et objets hygiéniques admis à la vente et élirait trois de ses membres chargés de veiller à la création et la bonne administration des magasins de vente.

Pas besoin de grandes avances pour la titulaire les fabricants seraient heureux de livrer à crédit et au plus bas prix possible. Le seul fait, en effet, d'avoir ses produits admis dans ce magasin de denrées et objets hygiéniques, constituerait pour le fabricant une réclame sérieuse.

Tous les praticiens se feraient un devoir de recommander ces produits à leurs clients, et ceux-ci seraient assurés d'avoir des produits de premier choix.

Voilà à peu près pour les grandes lignes ; quant aux petites nous avons le temps d'y songer.

Croyez mon cher Confrère, à toute mon affectueuse estime.

Signé : Dr DUMAS.

Je compte toujours sur votre bienveillant appui et avec mes remerciements, veuillez agréer, mon cher confrère, mes cordiales salutations.

Dr CANCEL.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins d'établissements privés d'aliénés devant le concours pour les établissements publics.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, Ministre de l'intérieur,

Vu le décret du 1er août 1906, instituant un concours annuel pour les emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 novembre 1907, fixant conformément à ce décret, au 3 février prochain, l'ouverture du concours de l'année 1908 ;

Vu l'avis émis par le comité des inspecteurs généraux du ministère de l'intérieur, dans sa séance du 19 décembre 1907.

Décrète :

Art. 1er. — A titre exceptionnel, les docteurs en médecine qui désireraient se présenter devant le jury en vue du service dans les établissements privés ou dans les quartiers d'hospice affectés aux aliénés, pourront, s'ils remplissent toutes les autres conditions prescrites par le décret du 1er août 1906, obtenir du ministre de l'intérieur une dispense d'âge, à la condition expresse de subir les épreuves, à titre de médecin d'asile privé.

Si l'autorisation leur est accordée, ils participeront au concours dans les mêmes conditions que les autres candidats, mais ils seront l'objet d'un classement particulier qui ne créera pour eux aucune qualification à l'emploi dans un asile public.

Art. 2. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 26 novembre 1907.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,

G. CLÉMENCEAU.

La prescription des Honoraires médicaux. — *Trib. Paix Courbevoie. Jugement du 14 mai 1907.* — La prescription de l'article 2272 du Code civil est interrompue par une reconnaissance de dette, même tacite.

Cette reconnaissance n'est soumise à aucune forme et elle peut résulter des paiements faits à titre d'acompte.

En conséquence. n'est pas recevable à invoquer la prescription de deux ans, la personne à qui un médecin réclame le paiement d'une note d'honoraires, si elle a reconnu avoir payé des acomptes sur cette note, et prétend s'être ensuite libérée du solde.

(*Droit médical.*)

Médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le lundi 3 février 1908.

Les candidats devront adresser leur demande de participation à ces épreuves au président du Conseil, ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée.

Cette demande devra être accompagnée de toutes les pièces énumérées dans le décret précité du 1er août 1906.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 7, rue Cambacérès), du 10 décembre 1907 au 6 janvier 1908 inclus.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix.

Un nouveau doyen.— Le conseil de la faculté de médecine de Paris s'est réuni pour désigner le successeur de M. Debove, doyen de la Faculté, dont les fonctions arrivaient à expiration. Soixante-quatre membres du conseil ont pris part au vote. M. le Pr Landouzy a été élu à la presque unanimité des voix. De vifs applaudissements ont accueilli la proclamation du vote. M. le Pr Landouzy, très ému, a vivement remercié ses collègues de l'honneur qu'ils lui faisaient en l'appelant à ces hautes fonctions.

Union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale. — Le banquet annuel de l'Union Fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu le mardi 17 décembre 1907 à 7 h. 1/2 du soir à l'Hôtel Continental, sous la présidence effective de Monsieur Chéron, sous-secrétaire d'Etat à la guerre, assisté de M. le Professeur Chatin, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, président de la Société.

Monsieur le gouverneur militaire de Paris a bien voulu autoriser une musique militaire à prêter son concours à cette solennité.

Les médecins de Saint-Mandé. — Le jeudi 27 novembre, les médecins de Saint-Mandé, réunis en Syndicat, ont tenu leur assemblée générale et fait leur premier banquet sous la présidence de M. le Dr Diverneresse. Ce Syndicat, qui n'a pas de président, et où tous les membres travaillent activement au but poursuivi tout d'indépendance et de dignité professionnelle, a obtenu déjà des résultats par son étroite cohésion et son adhésion au *Sou Médical*, caisse riche et puissante de défense professionnelle. C'est ce qu'a excellemment dit le secrétaire, M. Mousson-Lanauze. Assistaient à la fête : MM. Gassot et Jeanne, du *Sou Médical*; Guillemonat, secrétaire général du Syndicat des Médecins de la Seine ; Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux.

L'assistance médicale en Indo-Chine.

Soai-Rieng, le 4 octobre 1907.

Le Dr Ad. Platel, médecin de l'assistance médicale à Soai-Rieng, à Monsieur l'Administrateur du *Concours médical*, Paris.

Mon cher Confrère.

Veuillez agréer mes meilleures salutations et trouver ci-inclus mandat-poste de 10 francs pour mon abonnement au *Concours* en 1908.

Veuillez avoir l'obligeance de rectifier la faute d'impression que vous mettez dans l'adresse. Actuellement, dans la brousse, je ne puis presque rien pour l'œuvre commune, mais dès que je serai titulaire d'un poste comportant plus d'Européens, comptez sur moi.

Nous avons depuis un mois l'inondation du Cambodge. Nos confrères se figurent facilement qu'ici le climat est pernicieux, sinon mortel. Il n'en est rien, et un Français bien portant en France, et sans antécédents morbides se portera très bien à la colonie à la seule condition de ne pas mener une vie qui le rendrait malade même en France.

Si quelques détails pouvaient un jour intéresser un confrère je me mettrais avec plaisir à sa disposition.

Très confraternellement à vous,

Dr Platel.

Le libre choix des indigents. — Nous lisons dans le *Bulletin médical* :

LE LIBRE CHOIX, ETC...

Au banquet de la « Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris », qui a eu lieu avant-hier soir, et auquel assistaient plusieurs membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Mesureur s'est élevé de la façon la plus nette, la plus carrée, contre « l'utopie, *irréalisable, à Paris et dans les grandes villes*, du libre choix du médecin par l'indigent. »

L'espace nous manque pour reproduire les raisons invoquées par M. le Directeur de l'Assistance publique à l'appui de cette affirmation, qui n'a pas lieu de surprendre.

Sollicité d'exprimer son opinion à ce sujet, M. le prof. Debove, qui assistait au banquet, répondit, nous dit-on, avec l'esprit qu'on lui sait, qu'il ne pouvait répondre, parce qu'il y avait, dans cette affaire, pas mal de *dessous* et qu'à son âge on ne s'occupait pas de ces choses-là. »

Des *dessous* ?

Présent au banquet, nous nous serions permis de dire au doyen : *Loqueris* ! la traduction littérale française étant un peu trop familière.

J. J.

A l'exemple de notre confrère nous disons aussi «Loqueris», car nous n'avons pas l'habitude de prendre pour des dogmes les affirmations de M. le Directeur de l'assistance *parisienne* vu les insinuations même spirituelles qui sont produites sans arguments et sans preuves.

Hôpital de la Pitié. — Le docteur Louis Rénon a commencé le lundi 25 novembre, à 10 heures du matin, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital et continue les lundis à la même heure, une série de *sept* conférences sur le *Traitement pratique de la tuberculose pulmonaire.*

I. Les nouveaux traitements de la tuberculose et de la pthisiothérapie pratique ;
II. Psychothérapie, l'hygiène individuelle et prophylactique.
III. La diététique ;
IV. La médication générale et symptomatique ;
V. L'aérothérapie et les cures hydro-minérales ;
VI. La tuberculose et les états physiologiques.
VII. Le traitement des tuberculoses associées.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 50 Dimanche 15 DÉCEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un législateur qui se moque des lois.

C'est de M. Meslier, député, docteur en médecine et expert, qu'il s'agit.

Grâce à M. le Dr Meslier, médecin, expert et député, le Sou médical a trouvé enfin l'occasion qu'il cherchait depuis longtemps de porter devant la Cour de Cassation, une de ces inexplicables décisions des Tribunaux de paix en matière d'application du Tarif Dubief, dans lesquelles, malgré un texte si clair qu'il ne permet pas au juge de se livrer à une interprétation quelconque, la Loi est outrageusement foulée aux pieds. D'ailleurs, comment s'étonner que M. le juge de paix de Saint-Denis, dans la décision que nous allons relater, ait méconnu un texte de Loi formel, alors qu'il y était provoqué par un médecin, orné de la double auréole du Législateur et de l'expert professionnel ?

Les faits sont bien simples. M. le Dr de F., membre du Sou médical, a donné ses soins à un ouvrier au service d'une Compagnie de constructions et qui fut atteint, au cours de son travail, d'une grave blessure au pied. La note d'honoraires, s'élevant à 213 fr. 50, comportait, outre une radiographie avec avis écrit d'un chirurgien, 17 massages du pied pratiqués par le médecin au domicile du blessé et 18 massages au cabinet du médecin.

L'art. 10 du Tarif Dubief à cet égard est formel : « Les opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations ci-après :

A. — Allocation correspondant au prix *d'une visite ou d'une consultation.*

7° Séance de massage de la main ou du pied par le médecin traitant.

Pour tout homme qui sait lire — et qui ne serait pas un représentant du Peuple — ce texte est clair et il signifie que chaque massage du pied donne droit pour le médecin au prix de deux visites, quand l'opération a lieu au domicile du blessé, et au prix de deux consultations quand elle a lieu au cabinet du médecin. Aussi M. le Dr de F., appliquant correctement et strictement le Tarif, étant donné qu'il était le médecin de l'ouvrier, a-t-il compté pour 17 séances de massage à domicile (la visite à Paris étant à 2 fr. 50) 17 fois 5 fr., c'est-à-dire au total 85 fr., et pour 18 séances au cabinet (la consultation étant de 2 fr.) 18 fois 4 fr., au total 72 fr.

Le chef d'entreprise ne contestant ni le nombre des consultations et visites, ni aucun autre article de la note prétendait ne payer, en dehors de la première séance de massage, pour laquelle il admettait le prix de deux consultations, que le prix d'une visite ou d'une consultation pour les séances subséquentes. D'où procès, citation devant M. le juge de paix de St-Denis et jugement de ce dernier commettant M. le Dr Meslier comme expert.

Le médecin traitant ne devait-il pas se montrer satisfait ? Avoir comme expert un homme à la fois médecin et législateur, c'est-à-dire susceptible de présenter cette double garantie de connaissances médicales et d'une saine méthode de raisonnement que suppose l'obtention du diplôme de docteur et de l'intelligence des textes avec la tendance à les respecter que l'on croirait devoir être contractée dans la confection des lois, quelle chance inespérée ! Nous allons voir de quelle façon notre législateur, transformé en expert, a justifié ces espérances.

Devant l'expert, la question d'application de

l'art. 10 du Tarif fut traitée complètement. Pour l'éclairer, il lui fut remis un exemplaire du numéro du *Concours Médical* du 13 octobre 1907 (n° 41) dans lequel se trouve condensée et précisée juridiquement la question de droit. dont il y avait lieu de faire application dans le litige.

Voici en quels termes, d'une littérature plutôt primitive, et qui n'ont pas dû donner à son rédacteur une migraine violente, a été rédigé le rapport destiné à éclairer le juge de paix :

« En suivant le Tarif officiel, *dans sa lettre* (?) et dans son esprit, je dis :

1° Les honoraires des certificats, 20 fr. sont légitimes (*sic*).

2° Les honoraires de la radiographie, 30 fr. sont légitimes ;

3° Les honoraires des visites sont légitimes, car il y a transport du médecin ;

4° Mais il n'est pas légitime, au cabinet du médecin, de compter une consultation à l'occasion de chaque massage accompli dans ce cabinet.

Or, le médecin traitant réclame à l'occasion de 18 massages au cabinet, à 2 fr. l'un, 18 consultations à 2 fr. l'une. Il y a là un abus, les 18 consultations ne peuvent être comptées.

Et la note de 213 fr. 50 se trouve réduite de 36 fr., honoraires de 18 consultations.

Ainsi, plein d'illogisme, l'expert applique la moitié de l'art. 10 du Tarif (celle relative à la double allocation pour les séances de massage à domicile) et il biffe l'autre moitié (celle relative à la double allocation pour les séances de massage au cabinet[1].

M. l'expert-député ne tient pas compte du texte formel de l'article 10. A lui tout seul, il refait la Loi. Il ne prend même pas la peine d'examiner l'argument tiré des autres dispositions du Tarif, dans lesquelles, chaque fois que les rédacteurs ont voulu faire exception à la règle générale prévoyant l'addition du prix d'une ou plusieurs consultations ou visites au prix de la consultation ou visite pour les opérations répétées de petite chirurgie, ils ont pris soin de le bien spécifier (art. 3, 2e §, pansements aseptiques au cours de la première visite ou consultation ; — art. 10, § B. Note relative à l'ablation de plusieurs esquilles, etc., au cours d'une même visite ou consultation ; — art. 14, § A, médecins oculistes, examen du blessé y compris un pansement simple). Sans doute, répondre à cet argument péremptoire eût gêné M. l'expert. Il préféra n'en point parler.

Bien que dans une assignation en ouverture du rapport soigneusement motivée et posant nettement la question, M. le Dr de F. ait attiré l'attention du juge sur la violation de la loi à laquelle l'invitait l'expert, M. le juge de paix Anquetil a adopté les conclusions de cet étrange rapport, et a statué en ces termes :

Attendu que l'interprétation faite par M. le Dr Meslier de l'article 10 du Tarif sus-énoncé est fondée et qu'il en fait une juste application dans son rapport, parce qu'en effet, cet article, qui porte que les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit au médecin traitant, en sus du prix de la consultation, à l'allocation du prix correspondant à celui d'une consultation pour une séance de massage de la main ou du pied, vise exclusivement le cas ou le docteur consultant le blessé a reconnu la nécessité de lui faire un massage ; alors seulement il a droit à la double visite, une pour consultation et une pour soin médical ou opération de petite chirurgie ; mais s'il ne fait que des massages reconnus nécessaires par lui dans des consultations précédentes, il commet un abus en réclamant la double consultation.

Au moins, M. le juge de paix raisonne. Il raisonne mal, mais il donne des raisons, comme si des raisonnements pouvaient prévaloir contre un texte de loi précis.

D'ailleurs, lorsque le tarif compte pour une visite à heure fixe, deux visites (art. 4), pour une visite de nuit (art. 5), 3 visites, pour une visite prolongée (art. 6), de deux à cinq visites, est-ce que cela veut dire que le médecin a fait dans ces différents cas, 2, 3 ou 5 visites ? Ces exemples démontrent au contraire que, dans l'art.10, comme dans tous les autres, les rédacteurs du tarif ont calculé les allocations sur une même base qu'il y avait lieu de doubler, tripler, etc., suivant les cas, à savoir : le prix de la visite ou de la consultation.

Mais le médecin-expert-député, lui, ne donne pas de raisons. Il se contente de dire qu'il « suit le tarif officiel dans sa lettre » quand il méconnaît ouvertement son texte.

La façon dont M. l'expert-député traite un Tarif officiel auquel une loi, votée par lui, a donné par avance force de loi, pourrait être généralisée. Exemple : le Code Civil dit qu'un père ne peut disposer de plus de moitié de ce qu'il possède, quand il a un enfant. M. Meslier, qui peut trouver qu'il y a là une atteinte à la liberté, serait capable de dire : « Faisant application de l'art. 913 dans sa lettre et dans son esprit, je dis qu'il y a abus à réserver la moitié des biens d'une personne au profit de son enfant ». Ce ne serait pas plus fort que le raisonnement qu'il tient à l'égard du Tarif.

Puisque ce Législateur en prend si à son aise avec les textes, nous serions curieux de voir quelle tête il ferait, si M. le caissier-principal du Trésor, au moment de se dessaisir de l'indemnité parlementaire de 15.000 fr. par an que le député s'est votée à lui-même, se décidait à retenir une forte part de cette forte somme, en tenant le raisonnement suivant : « Je dis qu'il y a *abus* à allouer 47 fr. 50 par jour à un député, surtout lorsque, appelé à faire des lois, il les traite avec tant de mépris ou les comprend si mal. Cela ne vaut pas plus de cent sous » ?

Que dirait aussi ce même député, si le magistrat auquel incombe le soin de taxer les honoraires de l'expert — ennemi du cumul des allocations médicales — réduisait l'allocation moyenne de 30 fr. produite par les expertises comme celles dont est si souvent chargé M. le Dr Meslier, en argumentant ainsi : « Je dis qu'il y a *abus* à cumuler, avec les 15000 fr. du député, une vingtaine de mille francs par an, comme expert, surtout pour des travaux aussi insuffisants et aussi peu propres à éclairer ma religion, que ceux qui émanent de M. le Dr Meslier ».

Mais M. le Député n'a rien à craindre. Il continuera à toucher du Trésor les 15.000 fr., en vertu d'une loi, et à recevoir des justiciables les honoraires d'expertise, en vertu d'un Tarif légal qui le protège, de même qu'il protège les greffiers et les officiers ministériels d'une manière efficace, parce qu'il est respecté. Et nous serions fort étonnés s'il ne continuait pas à faire fi du Tarif officiel édicté pour les simples médecins, vraiment amis de l'ouvrier, sans être des représentants du Peuple.

Nous comptons bien toutefois que la Cour de Cassation donnera une bonne leçon de droit, non au législateur Meslier, puisque pour rédiger des Lois, aucune connaissance en matière de droit ou en toute autre matière n'est nécessaire, mais à l'expert, puisque, consulté par la justice, il devrait être capable de lire et de comprendre les lois pour fournir les explications qu'elle attend de lui.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

L'affaire Vauriot-Crouzet au Tribunal des conflits.

Nos lecteurs se souviennent de l'affaire du docteur Vauriot de Nîmes, contre le maire de cette ville, docteur Crouzet, qui avait pris contre notre confrère une mesure l'excluant des services municipaux.

Depuis 7 ans, le « Sou Médical » lutte, à grands frais, pour obtenir une sanction contre cet acte d'arbitraire, commis par un maire, sous le couvert de ses fonctions.

Le 28 mars 1901, le tribunal de Nîmes saisi par le docteur Vauriot d'une demande de dommages-intérêts, admettait le déclinatoire d'incompétence proposé par le Préfet et le maire incriminé et basé sur le prétendu caractère administratif de l'acte du fonctionnaire municipal. Successivement, la cour de Nîmes, le 6 novembre 1901, puis la Cour de Cassation, le 26 janvier 1904, saisies, la première par un appel, la seconde par un pourvoi, ont cru devoir adopter la thèse du jugement de Nîmes.

L'affaire étant ainsi classée par la juridiction civile parmi les litiges administratifs, bien que les raisons données aient paru plutôt faibles, fut portée devant le Conseil l'Etat.

La réclamation visa à la fois la municipalité et le maire personnellement. Le Conseil d'État repoussa la demande du docteur Vauriot en insinuant dans les motifs de son arrêt que la réclamation, si les faits étaient établis, serait de la compétence de l'autorité judiciaire.

Il y avait donc contradiction et par conséquent conflit entre les deux ordres de juridictions, à savoir la juridiction civile et la juridiction administrative. Il fallait par suite saisir le tribunal des conflits. C'est ce que le « Sou médical » n'a pas manqué de faire et Me Mornard qui a si vaillamment soutenu la réclamation du docteur Vauriot devant les trois juridictions supérieures, nous annonce que le Tribunal des conflits, par décision du 9 décembre courant, a adopté la thèse que nous avons toujours soutenue, et a condamné celle que nous avaient opposée le Tribunal et la Cour de Nîmes et ensuite la Cour de Cassation.

Il va falloir retourner maintenant devant la juridiction civile. Ce n'est donc pas fini ; mais le Sou Médical a la patience.... et les reins solides.

Ce pastiche de la célèbre comédie de Courteline : *L'article 330* n'est pas pour nous surprendre.

Nous savons combien est menteuse la devise affichée sur nos édifices et ce qu'on a caché derrière la déclaration des Droits de l'homme. Lorsqu'a été promulgué le décret du 19 septembre 1870 « abrogeant l'art. 75 de la constitution de l'an VIII » qui obligeait les citoyens à obtenir l'autorisation du Conseil d'Etat pour exercer des actions contre les fonctionnaires et « toutes autres dispositions des lois générales ou spéciales ayant pour objet d'entraver les poursuites dirigées contre des fonctionnaires de tout ordre », ses rédacteurs ont assurément pensé accorder aux citoyens de la République, récemment proclamée, un droit que leur avaient refusé les lois de l'Empire. Mais ils comptaient sans l'astuce des autorités administratives et le parti abusif qu'elles pouvaient tirer du principe de la séparation des pouvoirs. Sous une façade libérale et protectrice des droits des citoyens, préfets et tribunaux ont inauguré le petit jeu qui consiste à se renvoyer, comme une balle au jeu anglais du football, le citoyen assez naïf pour croire aux mensonges des lois et demander justice aux tribunaux des abus commis par des individus revêtus des fonctions publiques et agissant sous le couvert de leurs fonctions.

Malgré Courteline et son ironie, malgré les trente sept ans écoulés depuis que le décret de 1870 a été à peu près biffé par les agissements des diverses juridictions, il n'est jamais venu à la pensée de nos gouvernants, ni de nos députés, si révolutionnaires qu'ils prétendent être, de réglementer une bonne fois la question de la responsabilité des fonctionnaires de manière à faire cesser le petit jeux odieux, ridicule et, disons-le, malhonnête, qui consiste à berner, pour lui faire perdre patience et l'arrêter par le fardeau des frais de procédure, le justiciable assez audacieux pour exercer un droit que la loi lui confère.

Heureusement pour le docteur Vauriot qu'il avait pris la précaution de s'assurer, par son adhésion au « Sou Médical », un appui solide et résistant, car qu'eût fait un médecin isolé devant les frais considérables qu'entraînaient les recours devant tant de tribunaux et de juridictions supérieures ? Il eût sans doute cédé et, renfermant en son cœur l'amertume des désillusions, se fût contenté de fredonner, en pensant aux nouveaux tyrans par lesquels le peuple a remplacé les anciens :

> Ce n'est pas la peine (*ter*), assurément,
> De changer de gouvernement.

G. G.

LA SEMAINE MEDICALE

Complications rénales de l'impétigo.

Toutes les fois, dit M. le Dr Etienne « Villatte, dans sa thèse (Bordeaux, 1907) » que l'on se trouve en présence d'un impétigo recouvrant une surface assez étendue de la peau, on doit redouter une complication rénale. Pour la prévenir, il faut analyser systématiquement les urines de tous les malades se présentant dans ces conditions, de façon à dépister le moindre trouble de la fonction rénale. Ce trouble reconnu, on doit soigner énergiquement la lésion cutanée et prescrire un traitement de la lésion rénale de façon à ne pas exposer le malade aux graves accidents de l'urémie.

Nous sommes en présence d'une affection qui reconnaît pour cause une résorption toxique au niveau d'une surface cutanée. La première indication, pour supprimer l'effet, c'est de supprimer sa cause. Il faut donc traiter énergiquement les lésions impétigineuses ; pour cela, M. le professeur Moussous fait appliquer matin et soir, pendant une heure environ, sur la région impétigineuse, un pansement humide à l'eau d'Alibour. Celle-ci peut être remplacée par la liqueur de Van Swieten, mais dans ce cas les applications ne doivent durer qu'une demi-heure. Pendant

le reste du temps, les croûtes sont recouvertes d'un pansement humide à l'eau boriquée. Au bout de peu de jours, les croûtes ont disparu et on remplace alors les pansements humides par des applications d'une pommade à l'oxyde de zinc et à l'acide borique.

La possibilité d'une intoxication par le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc ou par l'acide phénique, doit nous mettre en garde contre l'emploi des pansements humides avec des solutions antiseptiques trop concentrées ou appliquées d'une façon permanente sur les surfaces impétigineuses. La susceptibilité des enfants pour l'acide phénique est extrême et c'est surtout eux que nous avons en vue, car c'est surtout chez eux que l'on rencontre la néphrite impétigineuse. L'action toxique médicamenteuse ajoutée à celle de la toxine microbienne sur le rein, pourrait avoir pour le malade les conséquences les plus désastreuses.

Mais il ne suffit pas de soigner la lésion cutanée, il faut aussi soigner la lésion rénale ; le traitement consistera en régime lacté absolu, diurétiques : théobromine, caféine, digitale, lavements froids, ventouses ou sangsues sur les reins.

Luxation antéro-interne récidivante de l'épaule

M. le Dr Dupuy a exposé à la Société de l'Internat le procédé de massage auquel il a recours pour guérir les luxations antéro-internes récidivantes de l'épaule.

« Pour la réduction, dit l'auteur, j'emploie le procédé suivant :

Je fais coucher le malade.

Un aide placé du côté opposé au bras luxé, faisant de ses bras ceinture autour du thorax, immobilise l'omoplate et pratique la contre-extension ; un deuxième aide, mettant le bras luxé en abduction, en croix, tire modérément, fait une extension continue, douce, progressive.

Dans un premier temps, on fait un massage de l'épaule et du bras, pour obtenir le relâchement des muscles contracturés.

Dans un deuxième temps, faisant accentuer la traction de l'aide sur le bras, on repousse la tête humérale à travers le grand pectoral, puis à travers la paroi basse du creux de l'aisselle déprimée.

Dans un troisième temps, prenant d'une main le bras pour lui imprimer des mouvements de rotation, de l'autre main on oriente la tête en s'efforçant de la remettre en regard de la glène humérale.

Le plus souvent, la réduction s'opère à ce moment.

Sinon, dans un quatrième temps, on place un poing dans le creux axillaire, de façon à faire levier entre le thorax et l'humérus, que l'on rapproche progressivement vers la ligne médio-sternale.

Jusqu'ici l'auteur a pu réduire par ce procédé, sans difficulté, les luxations de l'épaule qui se sont présentées à lui.

Ensuite, on applique l'écharpe de Mayor et on emploie le massage.

Il tient à opposer ce traitement actif au traitement passif qu'est l'immobilisation absolue, dont les résultats sont généralement si imparfaits que l'on est obligé d'avoir recours à des opérations variées pour guérir dans la suite cette affection réputée jusqu'ici très difficilement curable.

Le régime alimentaire dans la scarlatine.

D'après la thèse de M. le Dr M. Courdouan, de Paris, dans la scarlatine, la courbe de l'élimination chlorurée est identique dans les différents régimes employés.

L'albuminurie précoce disparaît à la même époque, quel que soit le régime auquel on soumet le scarlatineux.

Aucun régime ne met à l'abri de la néphrite tardive ; le régime lacté est pratiquement insuffisant, puisqu'il condamne le scarlatineux à un profond amaigrissement ;

C'est à lui cependant que l'on devra s'adresser toutes les fois que les urines ne pourront pas être surveillées de très près ;

Si, au contraire, l'examen des urines peut être fait d'une façon régulière et continue, on peut dès le début de la maladie et sans danger employer les régimes solides ;

Parmi ces régimes, nous accordons nos préférences au régime ordinaire, « normalement chloruré » qui offre les avantages suivants :

a) Il est agréable ;

b) Il est inoffensif ;

c) Il produit une augmentation de poids rapide, régulière et progressive et augmente par là même la résistance du malade contre les infections secondaires ;

Le régime lacté demeure le régime de choix dans la cure de la néphrite secondaire.

Phlegmons symptomatiques du cancer du gros intestin

Le cancer du gros intestin souvent latent, s'accompagne parfois de phlegmons que le Dr Pierre Viallet, de Lyon, a étudiés dans sa thèse.

« Au point de vue anatomique, ces abcès qui se montrent souvent comme premier signe d'un cancer peuvent être divisés en deux catégories : abcès stercoraux et abcès ordinaires.

« Les abcès stercoraux sont très rares : ils sont voisins du néoplasme et siègent à son niveau, c'est-à-dire généralement au voisinage de l'S. iliaque siège le plus habituel du cancer à cet âge.

« Les abcès de la deuxième catégorie, qui ne sont pas stercoraux, d'emblée, sont beaucoup plus fréquents et ont une évolution beaucoup plus intéressante. Tandis que les premiers s'ouvrent à la peau rapidement et donnent lieu à un anus contre nature banal, les deuxièmes, avant d'arriver à cette dernière étape de leur évolution franchissent des stades variés et d'un caractère particulier.

« Au point de vue du siège, on peut dire qu'ils sont voisins du néoplasme et qu'ils siègent rarement à distance. Probablement que leur point de départ est au niveau du mésocolon, à l'intérieur des ganglions lymphatiques ou le long d'un tronc lymphatique. Puis ils se dirigent en avant et tendent toujours à se faire jour au niveau de la paroi abdominale antérieure.

« Ils peuvent siéger à distance et peuvent même revêtir le masque de l'appendicite. Ces abcès éloignés sont produits par des adénites infectieuses pures ou mixtes cancéro-infectieuses.

« L'évolution de ces abcès, au point de vue clinique est assez particulière. Il y a tout d'abord une forme à résolution.

« La résolution est probablement assez fréquente, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et c'est là sans doute l'explication de ces poussées fébriles diagnostiquées, appendicites, que l'on observe dans les tumeurs du cœcum, encore latentes.

« A coté de la forme résolutive, les abcès d'une façon générale ont une grande tendance à évoluer par poussées successives. Il se produit une poussée inflammatoire donnant lieu à un plas-

tron, une induration étendue, puis les symptômes s'amendent, les signes objectifs diminuent. Puis nouvelle poussée mais cette fois plus marquée que la première.

« Au point de vue clinique on peut distinguer plusieurs formes dans l'évolution de ces abcès,

« *Forme aiguë.*— Quels que soient les prodromes, le début peut être brusque. Le soir, éclate un grand frisson, la température s'élève tout de suite à 39°5 et même à 40°5. La douleur est intense, les signes généraux extrêmement graves. La douleur est surtout locale ; au niveau de l'abcès, la résistance de la paroi est très marquée. Les muscles sont contracturés.

« A ce tableau se joint un signe important et qui doit toujours fixer l'attention, c'est l'état d'obstruction intestinale aiguë du malade. Il y a arrêt complet des matières. Les accidents d'obstruction peuvent ou bien dominer le tableau ou bien se joindre aux signes précédents.

« Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, les phénomènes phlegmoneux deviennent superficiels et, si une incision précoce ne vient arrêter les progrès du mal, le pus peut envahir en quelques jours la plus grande partie de la paroi abdominale. L'opération s'impose d'urgence aussitôt les signes de localisation nets. En six jours, dans une observation de Macquet, le pus avait envahi toute la fosse iliaque droite, s'était propagé à la fosse iliaque externe du même côté, avait envahi toute la région fessière en envoyant une fusée étendue dans la paroi abdominale antérieure.

«*Forme commune.*— D'autres fois, l'affection suit une évolution plus lente. L'abcès met une dizaine de jours pour évoluer et arriver à la peau.

« Il reste bien limité, et l'état général n'est, à aucun moment, aussi menaçant que dans la forme précédente. Mais toujours, ces signes se sont accompagnés d'obstruction.

« *Forme lente à poussées successives.* — Cette forme est plus intéressante que la précédente, parce qu'elle est assez particulière à l'affection que nous étudions.

« Ce sont des malades, qui souffrent en un point assez localisé et qui ont de la fièvre hectique. Ils vont se cachectisant et l'on sent une tumeur profonde assez limitée, peu douloureuse spontanément, mais douloureuse à la pression et de petit volume. Souvent pendant ces moments d'accalmie, il n'existe aucun signe de sténose. Puis, sans cause apparente, la température s'élève, la tuméfaction augmente, devient plus douloureuse, et, sous l'effet d'un traitement médical qui consiste en glace, morphine et diète lactée, ces signes s'apaisent. La température baisse, la tuméfaction diminue et reste un peu plus grosse qu'auparavant ; rarement, elle disparait complètement.

« La température peut disparaître aussi et le malade devenir apyrétique, mais le plus souvent persiste un état subfébrile. Cette évolution peut être très longue. C'est ainsi que, dans un cas de cancer de l'angle hépatique du côlon, des chirurgiens différents vus à intervalles ont pu faire successivement les diagnostics d'appendicite, d'affection hépatique et de cholécystite. En dernier lieu on fit le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. L'incision lombaire montra le rein sain. On fit aussitôt une autre incision abdominale par laquelle l'abcès fut drainé.

« La valeur pronostique de ces abcès est considérable. Ils sont graves par eux-mêmes et peuvent déterminer la mort, mais cette éventualité est moins fréquente depuis que l'on opère de bonne heure.

« Ils ont surtout une valeur pronostique considérable au point de vue de l'évolution du néoplasme. En effet, dans la plupart des cas, les malades meurent dans l'année qui suit l'apparition de l'abcès, souvent dans les six premiers mois. »

Prophylaxie de la syphilis.

On a beaucoup critiqué les expériences de prophylaxie syphilitique dues à M. Metchnikoff.

L'auteur a répondu à ces critiques en prouvant que ses procédés n'avaient pas été suivis avec exactitude.

Il donne donc à nouveau la formule de la pommade à employer après contact suspect, et qui est la suivante :

Calomel................	33	grammes.
Lanoline................	67	—
Vaseline................	10	—

D'autre part, quand il s'agit d'une prophylaxie tardive, c'est-à-dire devant s'exercer plus de vingt-quatre heures après la contagion possible, MM. Salmon et Metchnikoff proposent deux injections sous-cutanées d'atoxyl, de 50 centigrammes chacune, à deux jours d'intervalle.

Ce traitement, qui comporte une dose vingt fois plus forte que celle qui réussit à préserver les singes, dix jours encore après l'inoculation, ne ferait risquer au patient aucun accident d'intoxication. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 octobre 1907.)

Les pilules mercurielles.

D'après M. Martinet, les pilules mercurielles présentent deux graves inconvénients :

1° Le dosage imparfait de la drogue active, par suite de sa répartition, difficilement exacte, dans chaque pilule ;

2° L'irrégularité d'absorption de celle-ci, qui, ancienne ou mal faite, durcit au point de traverser le tube digestif sans être désagrégée.

Bref, elle ne produit pas plus d'effet que si le patient avalait des grains de plomb.

Aussi, M. Martinet propose-t-il comme excipient la glycérine qui a l'avantage de s'opposer au durcissement.

Néanmoins, malgré cette addition, la préparation des pilules offre toujours de réelles difficultés. Pour peu que la glycérine ne soit pas en quantité suffisante, le durcissement peut encore se produire ; d'autre part, l'exacte répartition du mercure dans la masse pilulaire est presque irréalisable.

C'est pour remédier à ce double inconvénient que M. Mazeron, pharmacien, a conseillé l'administration du protoiodure de mercure en cachets, d'après la formule suivante :

Protoiodure de mercure.....	5	centigr.
Poudre d'opium brut.......	1	—
Poudre de quinquina.......	9	—

pour remplir un tout petit cachet, dont la contenance ne permet pas l'introduction de plus de 15 centigrammes, et que le malade peut avaler aisément.

Grâce à cette formule, le médecin connaît exactement la dose absorbée chaque jour par son client et il n'a plus à craindre, à moins que le tube digestif ne soit intolérant, de mécomptes thérapeutiques.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère

CHIRURGIE ÉLÉMENTAIRE PRATIQUE

Antisepsie et asepsie.

Par le Dr Paul PETIT.

Chirurgien adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel

J'étudierai successivement, à un point de vue essentiellement pratique, les divers procédés de l'antisepsie et de l'asepsie chirurgicales. Puis, j'indiquerai, en puisant dans ces données, comment l'on doit comprendre l'asepsie à la campagne, lorsque l'on est dépourvu des appareils en usage dans les salles opératoires ou d'objets stérilisés industriellement à l'aide de ces appareils et d'une provenance absolument sûre.

Un chirurgien, véritablement digne de ce nom, tout en gardant en toute circonstance son sang-froid, sa maîtrise de lui-même, sa persévérance professionnelle, doit s'identifier avec ses malades, souffrir de leurs souffrances, et tous ceux qui l'aident doivent éprouver le même phénomène d'identification. Or, s'il doit grandement compter avec l'état fonctionnel de ses malades, avec la gravité de la maladie locale à laquelle il s'attaque, la perte de sang, les blessures d'organes, les accidents d'anesthésie, ce qui doit le préoccuper le plus, c'est la lutte contre les germes morbides, c'est l'asepsie. Ses aides doivent lui présenter tout particulièrement, à ce point de vue, ces garanties indispensables : conscience de leur responsabilité, désir de bien faire, *instruction suffisante* et il doit tenir la main de façon *inflexible*, à ce que toutes les mesures qu'il croit nécessaires soient appliquées.

Les microbes pathogènes existent partout. Mais nous avons surtout à les craindre et à les combattre à la surface des plaies, de la peau et des muqueuses des malades ou des opérateurs, sur les instruments, les objets de pansement, les parois et l'air des salles opératoires.

Il est entendu qu'à proprement parler *l'antisepsie* consiste à combattre les germes des plaies par des substances chimiques diverses et *l'asepsie* à ne mettre en contact avec elles que des mains et des objets (instruments, pansements) dépouillés de germes par ces mêmes substances chimiques ou surtout la chaleur.

Les antiseptiques en solution mettent toujours un certain temps à traverser la membrane d'enveloppe des spores. Une solution de sublimé par exemple, met 24 heures à pénétrer la spore du charbon. Cette considération, sans compter certaines autres telles que l'infiltration des parois morbides par les germes, les coagula-protecteurs formés par certaines substances... explique l'incomplète efficacité des solutions antiseptiques et la nécessité de toujours les préparer avec de l'eau stérilisée, surtout quand on doit en faire un usage immédiat. Force nous est cependant, d'y recourir quand la chaleur, à un degré et pendant un temps suffisant, n'est pas de jeu, c'est-à-dire, quand il faut stériliser un tissu organisé vivant.

L'*acide phénique* en solution forte à 5 % ou faible à 2,5 % est de moins en moins employé à cause de son odeur, de ses propriétés irritantes et de sa toxicité. Il ne faut jamais y recourir pour le pansement des extrémités, doigts, orteils, sous peine de s'exposer à les mortifier, méfait *journellement* commis par les personnes inexpérimentées.

Le *sublimé* employé au titre de 1 p. 1000 à 1 p. 5000 perd également du terrain pour des motifs analogues (propriétés irritantes, toxicité parfois très insidieuse, ne provoquant la stomatite révélatrice qu'après la diarrhée, l'anurie...)

Je me sers actuellement presqu'exclusivement d'eau oxygénée, de solutions de permanganate de potasse et de liqueur de Labarraque. Je me suis longtemps servi et avec le plus grand avantage, avant la vulgarisation de l'eau oxygénée, de la solution de chlorure de chaux à 1 p. 120 qui la vaut, qui est beaucoup moins dispendieuse et qui peut rendre à la campagne d'immenses services. J'y insisterai.

L'éloge de l'eau oxygénée employée pure, à 12 volumes, ou coupée de une ou deux parties d'eau n'est plus à faire. Beaucoup d'entre nous s'en servaient déjà sous l'inspiration d'un modeste praticien, le père Baldy, quand M. Lucas-Championnière est venu lui donner ses lettres patentes. L'eau oxygénée a pourtant des contre-indications qu'il faut bien connaître, notamment la désagrégation du catgut quand on a intérêt à voir persister ligatures ou sutures faites avec cette substance, et le décollement des adhérences par le dégagement de l'oxygène. On évitera de se servir d'eau oxygénée en lavages intra abdominaux à la suite de laparotomies, colpotomies ou hystérectomies vaginales, alors que le trajet à asepsier n'est pas encore isolé par des adhérences très solides, faute de quoi l'on pourra voir se développer immédiatement des douleurs vives, avec tendance syncopale, bientôt suivies d'élévation thermique et de péritonisme ; j'ai eu à combattre, plusieurs fois, des accidents de ce genre, sans avoir eu à déplorer, il est vrai, d'issue funeste; mais on comprendra les inquiétudes qu'ils peuvent provoquer. Pour ma part, je ne permets de lavage à l'eau oxygénée dans une fistule abdominale qu'une quinzaine de jours après l'établissement du drainage. J'ai vu un malade mourir de syncope sous le chloroforme au moment précis où un chirurgien de grand renom commençait à pratiquer un lavage abdominal à l'eau oxygénée au cours d'une laparotomie pour rupture de la vessie. Je ne crois pas que cette conduite soit à imiter. Le dégagement des bulles d'oxygène au contact de l'eau oxygénée avec les matières organiques nous facilite, par contre, beaucoup le détachement des pièces de pansement adhérentes aux plaies, particularité précieuse à utiliser, alors qu'il s'agit d'enlever une mèche ou un tampon de gaze profondément placés au contact d'organes à ménager, gros vaisseaux, intestin, etc. A part les contre-indications précitées, nous nous servons presqu'exclusivement pour les pansements, comme liquide antiseptique, d'eau oxygénée pure ou coupée.

La solution faible de permanganate de potasse à 1/2000 ou 1/3000 a nos préférences en lavages et en pansements humides, quand nous avons affaire au pus bleu ou à la blennorrhagie. Nous ne comprenons pas que bon nombre de chirurgiens aient renoncé à l'emploi du permanganate pour la désinfection préopératoire de la peau et des muqueuses ; sans doute n'employaient-ils que des solutions trop faibles et craignent-ils à tort la causticité des solutions fortes. La solution saturée, faite à chaud, à 60/1000 n'est nullement caustique, imprègne complètement l'épiderme préalablement décapé par le savon, l'éther et l'al-

cool et est douée de propriétés bactéricides très énergiques. Le bisulfite liquide du commerce employé à la suite du permanganate pour décolorer les tissus, doit être additionné, avant l'usage, de 3 parties d'eau. Son action antiseptique propre n'est certainement pas négligeable. Nous craignons si peu l'action caustique ou toxique de la solution de permanganate à saturation que nous nous en servons avec grand avantage, non seulement pour les surfaces épidermisées, mais en badigeonnages des exulcérations vagino-cervicales de la blennorrhagie et des plaies des parties molles infectées ou même d'une asepsie douteuse, à la condition de décolorer immédiatement après le permanganate par le bisulfite.

Nous nous sommes servis pendant longtemps et presqu'exclusivement, pour l'antisepsie chirurgicale, sous l'inspiration de notre excellent ami le Dr Calmette, de Lille, de la solution d'hypochlorite de chaux qu'il préconise pour le traitement des plaies venimeuses concurremment avec le sérum dont il est l'inventeur, et qui lui sert d'ailleurs d'agent d'atténuation pour arriver à l'établir. La solution d'hypochlorite de chaux à 1/120, chaude (à 50°), est un merveilleux antiseptique auquel rien ne résiste, qui soutient facilement la comparaison avec l'eau oxygénée comme bactéricide ainsi que le prouve un travail comparatif de Chamberland et Fernbach (1). Non toxique, comme l'eau oxygénée, elle offre sur elle l'avantage de n'être en rien caustique, d'être d'un prix de revient absolument négligeable, de ne pas désagréger le catgut, les adhérences. Mais, précisons : la solution en question trop peu connue malgré les efforts que j'ai faits pour en démontrer les avantages, en vaut la peine.

L'hypochlorite de chaux ou chlorure de chaux du commerce, se présente sous deux formes :

1° Sous forme de chlorure de chaux liquide provenant de l'action du chlore sur un lait de chaux ; 2° Sous forme d'une poudre blanche provenant de l'action du chlore sur la chaux éteinte. Nous n'entendons parler que de cette dernière. La poudre de chlorure de chaux est un mélange d'hypochlorite (seul intéressant pour nous), de chlorure et d'oxyde de calcium. Traitée par l'eau elle lui abandonne l'hypochlorite très soluble, le chlorure et un peu de chaux, tandis qu'il reste un excès de chaux insoluble. Elle dégage de 70 à 100 litres de chlore au kilo.

Vu sa facile décomposition, le chlorure de chaux doit être conservé à l'abri de l'air, de la lumière, de l'humidité et de la chaleur, ce qui est facile. Il faut savoir qu'il attaque tous les métaux, voire même un peu le verre, suffisamment, du moins pour qu'il soit utile d'enduire de paraffine le bouchon du flacon qui le renferme, sous peine de ne pouvoir retirer celui-ci.

L'odeur dégagée par une solution faible de chlorure de chaux, telle que celle que nous adoptons, est négligeable. Elle ne dépasse guère celle du linge traité par l'eau de Javel. On peut cependant, si l'on y tient, faire disparaître complètement cette odeur à l'aide de l'acide chlorhydrique (1 cuillerée à café d'acide chlorhydrique pour un verre d'eau).

Le chlorure de chaux agit comme oxydant, tout comme l'eau oxygénée, et comme deshydrogénant, c'est-à-dire, à l'état de poudre, comme dessiccant. Sa solution à 1/120 et chaude, (à 50°), a un pouvoir microbicide très énergique. *Elle équivaudrait, d'après Chamberland et Fernbach, à la solution de sublimé* à 1/100 *tout en étant bien loin du titre qui pourrait offenser les tissus.*

(1) Chamberland et Fernbach. — La désinfection des locaux. *Annales de l'Institut Pasteur*, juin, 1893.

Comparée aux autres hypochlorites alcalins, elle posséderait à peu près la même activité que l'eau de Javel, titrant 5 litres de chlore par litre ou coupée par moitié ou au quart. Elle serait 10 fois plus active que la liqueur de Labarraque à son plus haut degré de concentration utilisable cliniquement. Les hypochlorites à base de soude (liqueur de Labarraque) et de potasse (eau de Javel), sont, à titre égal, beaucoup plus irritants.

Chose éminemment curieuse, la solution concentrée à 10/120, celle que nous proposons pour *solution mère*, est beaucoup moins active que la solution à 1/120 que nous préconisons comme solution usuelle et même qu'une solution deux fois plus étendue encore.

Peut-être cette apparente bizarrerie est-elle due à ce que le chlorure de chaux concentré coagule la couche externe des spores.

En tout cas, de cette autre constatation, à savoir que la solution faible usuelle, à 1/120, plus active que la solution concentrée à 10/120, peut encore être coupée par moitié, sans beaucoup perdre de son efficacité, découle cette très importante conclusion pratique, à savoir qu'il n'y a pas trop à se préoccuper du *titre en chlore* de la poudre de chlorure de chaux qu'on emploie, de la facile décomposition de cette substance. Quelque facile que soit cette décomposition, le titre de la poudre de chlorure de chaux du commerce ne varie guère que dans la proportion de 70 à 100 litres de chlore au kilo, c'est-à-dire dans des limites inférieures à celles entre lesquelles les variations d'activité des solutions faibles, usuelles, sont négligeables.

Le Dr Calmette, dans ses recherches sur l'envenimation, s'est servi d'une solution à 1/60 de chlorure titrant de 1,41 à 0,84 de chlore par litre. Il a constaté que cette solution, grâce à sa faible alcalinité, n'irrite pas les tissus, ne provoque aucune souffrance chez les animaux et qu'on en peut injecter de grandes quantités sous la peau, dans les séreuses et même dans les veines sans provoquer aucun accident (10 cc. à 30 cc. chez les lapins).

L'injection sous-cutanée de la solution à 1/60, serait toujours très efficace contre l'envenimation ; elle réussirait contre une dose de venin mortelle en moins de 2 h., si elle est faite dans les 20 premières minutes après l'envenimation. On pourrait encore réussir au delà de 50 minutes, avec une dose de venin capable de tuer en 1 h. 1/2 si l'on soutient l'énergie cardiaque avec la morphine.

Le pouvoir antiseptique du chlorure de chaux est particulièrement prononcé à l'égard de la toxine tétanique. Son emploi est donc tout indiqué pour le lavage des plaies souillées de terre.

A l'égard des sécrétions morbides en général, la solution usuelle de chlorure de chaux, de même que celle des autres hypochlorites alcalins, a l'énorme avantage de ne pas former, comme le sublimé par exemple, avec les matières albuminoïdes, un coagulum derrière lequel se protègent les micro-organismes.

Les accoucheurs et même les chirurgiens ont grand tort d'oublier que Semmelweiss, le premier qui fit de l'antisepsie obstétricale un peu efficace, s'en servait pour la désinfection des mains. L'immersion successive des mains dans une solution chaude de chlorure de chaux et une solution chlorhydrique à 3 % (Göppert) qui, en favorisant le dégagement du chlore, augmente la puissance antiseptique du premier liquide et désodorise en même temps les mains, cette pratique dis-je peut remplacer au cours de l'asepsie préopératoire, le lavage successif de la peau avec le permanganate et le bisulfite.

On ne peut trouver mieux que la solution *chaude* de chlorure de chaux à 1/120 pour l'injection intra-utérine en cas d'infection puerpérale.

Rien de mieux non plus pour l'asepsie des parois d'un local, pour l'asepsie rapide des récipients émaillés volumineux creux et profonds comme les brocs. On pourrait y arriver en quelques minutes, en les remplissant complètement de la solution bouillante. Mais en principe, comme nous le dirons, il vaut mieux proscrire complètement l'emploi de ces ustensiles.

En résumé, une solution qui, tout en étant sans valeur commerciale, est 10 fois plus antiseptique que le sublimé à 1/1000, qui n'est ni caustique, ni toxique, qui n'a comme inconvénient que d'attaquer les métaux, d'avoir une légère odeur, d'avoir besoin d'être préparée, renouvelée et conservée dans certaines conditions (dans un flacon de verre noir bien bouché, à l'abri de la trop grande chaleur)... mérite bien d'être essayée. Et pourtant personne n'y pense. Moi-même, tout le premier, ayant sous la main, comme tout le monde, l'eau oxygénée et en tant qu'antiseptique alcalin, la liqueur de Labarraque qui, à la dose de 2 cuillères à bouche par litre est d'un assez bon usage... je la néglige actuellement quelque peu... mais c'est un tort.

Si mes lecteurs veulent en essayer... et je les y engage... qu'ils préparent d'abord une *solution mère* de la façon suivante : Additionner dans un vase de grès, 100 gr. de poudre suffisamment fraîche de chlorure de chaux, de 1200 gr. d'eau c'est à-dire environ 1 litre et un verre. Agiter, puis laisser reposer cette bouillie pendant une heure. Filtrer avec un double de papier filtre dans un entonnoir de verre disposé sur un flacon d'un litre en verre de couleur, bouché avec un bouchon à l'émeri garni de paraffine. On obtient ainsi 1 litre *de solution mère*, de solution forte.

Pour obtenir la solution *usuelle* additionner une partie de cette solution forte, de 9 parties d'eau bouillie *chaude*, par exemple, un verre pour neuf.

Parmi les antiseptiques pulvérulents l'iodoforme a beaucoup perdu de sa vogue. Même avec les désodorants les plus ingénieux, il ne fleure pas bon, est irritant, trop souvent toxique. Nous lui préférons actuellement les poudres de perborate de soude, de peroxyde de zinc, génératrices d'oxygène, la poudre de protéol de Doyen génératrice de formol. Nous employons volontiers l'iodol en pansements du vagin, mais il est cependant inférieur dans cette région à l'iodoforme et au peroxyde de zinc. La poudre d'Aristol est particulièrement à recommander pour les plaies opératoires des organes génitaux externes. Les poudres d'oxyde de zinc, de dermatol, suffisent pour les érosions superficielles.

Qu'ajouterai-je encore ? Pour activer la cicatrisation, le badigeonnage de teinture d'iode, l'application de baume du Perou ont nos préférences. Pour les plaies avec escharres rien de mieux que la poudre de Lucas-Championnière. Pour les fistules tuberculeuses rien de mieux que les instillations de naphtol camphré glycériné suivant une technique que Calot nous a fait connaître et que nous rappellerons ici en temps opportun. Pour l'antisepsie intra-utérine, je suis demeuré fidèle à la créosote préconisée depuis plus de 20 ans par Doléris et qu'on peut employer pure en pansements de cabinet, mélangée de 2/3 de glycérine en badigeonnage, écouvillonnage ou même en pansement après le curettage.

Je m'arrête, n'ayant pas la prétention d'avoir tout dit sur l'antisepsie chimique, mais d'avoir parlé pratiquement de quelques antiseptiques, dont j'ai eu à me louer. Dans un prochain article, j'envisagerai l'asepsie par la chaleur.

(*A suivre*).

Dr Paul Petit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Crises gastro-intestinales au cours du purpura rhumatoïde.

On sait que le purpura rhumatoïde présente une triade symptomatique décrite par Schönlein et ainsi composée : 1° éruption cutanée purpurique ; 2° arthralgies, œdèmes articulaires, etc. ; 3° troubles gastro-intestinaux. Ces derniers sont, dans les cas ordinaires, insignifiants, mais ils passent quelquefois au premier plan pour constituer une forme spéciale sur laquelle MM. Guinon et Veillard viennent d'attirer l'attention, forme intéressante par les erreurs de diagnostic dont elle peut être l'occasion.

Les crises gastro-intestinales du purpura rhumatoïde sont constituées par trois symptômes principaux : des douleurs abdominales violentes, souvent d'une intensité extraordinaire ; des vomissements répétés ou même incoercibles, fréquemment porracés, parfois fécaloïdes des selles sanglantes, dysentériformes, ou plus rarement une constipation opiniâtre. Ces trois symptômes sont d'allure paroxystique, commençant et cessant brusquement. Si l'on ajoute à cela d'autres signes inconstants (facies abdominal, ventre rétracté ou météorisé, etc.) on voit qu'un tel état peut simuler différentes affections : l'appendicite, la péritonite, l'occlusion intestinale, les empoisonnements. Aussi le diagnostic, ordinairement assez aisé, devient-il quelquefois, — lorsque la crise gastro-intestinale précède l'éruption purpurique — d'une grande difficulté.

En général, malgré l'apparente gravité des accidents, le malade guérit. Cependant, on a pu noter des complications (péritonite, invagination intestinale). Ces crises ont à un haut degré le caractère d'être récidivantes.

MM. Le Gendre, Comby et Netter signalent également plusieurs cas de ce genre, dans lesquels on avait pensé tout d'abord à l'appendicite, à l'invagination intestinale, etc.

Sporotrichose laryngée.

MM. de Beurmann, Brodier et Gastou ont observé un cas de sporotrichose avec manifestations laryngées. Outre les lésions gommeuses de la peau que l'on rencontre habituellement, le malade présentait des masses bourgeonnantes sur l'épiglotte, les bandes ventriculaires et les cordes vocales.

M. de Beurmann remarque à ce propos que le sporotrichum peut se trouver à l'état de saprophyte dans le pharynx buccal et le larynx. Cette notion a une certaine importance : elle permet d'expliquer l'étiologie jusque-là si obscure des sporotrichoses gommeuses disséminées et elle sert d'appui à la théorie de l'origine alimentaire de tout un groupement de sporotrichoses ; le sporotrichum paraît alors charrié par les aliments végétaux et entré par voie muqueuse.

Rappelons que les gommes, les abcès et autres lésions d'origine sporotrichosique sont justiciables du traitement ioduré.

Bactériologie du rhumatisme.

La bactériologie du rhumatisme a donné lieu, ces temps derniers, à plusieurs études intéres-

Demandes et offres (suite).

N° 184. — A vendre, auto Panhard, 4 cylindres, 12 HP, 1902, carburateur Krebtz, capote, lanternes, paniers, trompe, roues égales. Entièrement remise à neuf (pignons, coussinets, allumage, etc., neufs). Prix 5.500 fr.

N° 185. — A vendre état de neuf : Machine Radiguet, 8 plateaux de 0,55 marchant à bras ; deux tubes Muret à régénérateur chimique ; Un support d'ampoule ; un écran radioscopique à platino-cyanure de baryum de 24-30 avec chambre noire ; une paire de détonateurs. Optomètre de Badal. Cystoscope de Nitze.

Association amicale DES médecins français

Le **Dr Mignon**, secrétaire général, prie les confrères, membres de l'Amicale, de lui adresser, dorénavant, toutes leurs communications et correspondance, **Au Vésinet** (S.-et-Oise), *Villa des Pages. (Maison d'hydrothérapie et d'électrothérapie des Drs Raffegeau et Mignon).*

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

D. Je soigne un brûlé depuis plusieurs mois, qui sera certainement atteint d'incapacité totale ayant eu des brûlures étendues et très graves des deux avant-bras et des deux mains ; je vais d'ici peu fournir ma note à la Cie la G. (qui est très dure à la détente et paye de mauvaise grâce).

R. Non, vous n'allez pas fournir votre note à la Cie. — Vous allez la remettre à votre client qui la fera parvenir à la compagnie si cela lui dit. C'est son affaire et non la vôtre.

D. Or, la plupart du temps, j'ai pansé les deux avant-bras et les deux mains, ce qui constitue une séance longue et délicate.

Faut-il calculer mes honoraires à raison d'une visite, plus l'allocation de trois visites, paragraphe C de l'article 10 du tarif de la loi accidents de 1905.

R. Oui, et de plus vous devez réclamer une allocation double pour les cas où vous avez procédé au pansement de chaque main.

Dr L.-B. à P.-D. à *Concours*. — Après règlement de mes soins pour un ouvrier blessé, j'ai fait un 1er rapport très étudié pour ce blessé, pour lui servir devant le tribunal, en date du mois de juillet, puis un se-

Suite page IX.

santes. Dans un mémoire sur « l'aérobiose des anaérobies », MM. Thiroloix et Rosenthal ont montré que le bacille, signalé par Achalme comme agent causal du rhumatisme (bacille qui est anaérobie), pouvait donner, par culture aérobie, des éléments du type diplococcique, assez voisin de l'entérocoque.

De sorte que, les deux microbes rencontrés dans le rhumatisme articulaire aigu, le bacille d'Achalme et le diplocoque de Triboulet ne seraient qu'un seul et même agent pathogène, offrant l'une ou l'autre forme selon que la culture du sang a été faite en anaérobie ou en aérobie.

Mettant à profit ces aperçus nouveaux et les ajoutant aux résultats de recherches cliniques et expérimentales, M. Triboulet a été amené à formuler un certain nombre de déductions d'ordre pratique.

Selon lui, la recherche du bacille d'Achalme par la technique nouvelle peut trancher un diagnostic difficile de rhumatisme. La bactériologie peut, de plus, servir à établir le pronostic. A la forme bacillaire répondrait, d'une manière générale, le maximum de virulence du germe spécifique. En outre, cette virulence est elle-même très variable selon les cas. Un bacille coagulant brutalement le lait alcalin, prenant bien le Gram, correspondrait cliniquement à un rhumatisme intense, et inversement. Les formes diplococciques, bien que formes d'atténuation, auraient pour rôle principal de concourir à la réalisation des complications viscérales (endocardites) et générales (cachexie).

P. L.

PRATIQUE MÉDICALE

Accidents cardiaques et goitre.

Dans ces dernières années, les Allemands ont beaucoup attiré l'attention sur les relations qui existent, entre le développement du goître et l'état du cœur et des vaisseaux. Potain, en 1863, présentait déjà à la Société anatomique de Paris, un cas d'hypertrophie cardiaque chez un goitreux.

Un travail remarquable, sur le *cœur des goitreux*, par MM. Léon Bernard et Cawadias, vient d'être publié dans le n° de la *Presse médicale* du 13 novembre 1907. Nous empruntons à ces auteurs, la bibliographie qui suit, ayant trait à ce chapitre de pathologie (1).

L'observation que nous reproduisons ici, rentre bien dans le cadre des accidents cardiaques et nerveux, dus au goitre.

Observation : G. A. 38 ans, mercière.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère rhumatisante. Deux sœurs toutes deux saines. La malade a eu deux grossesses normales. Sa fille âgée de 17 ans porte un goître peu volumineux qui n'a jamais donné lieu à des accidents. Son fils âgé de 11 ans est bien portant.

Antécédents personnels. — Elle se plaint depuis plusieurs années de légères douleurs articulaires et musculaires fugaces, surtout pendant l'hiver. N'a jamais eu de maladie importante. N'est pas alcoolique.

Maladie actuelle. — Février 1907. — Elle se plaint depuis 10 jours environ de palpitations fréquentes, de frissons, de tremblement des mains et des pieds, d'insomnie.

La malade jusqu'à ce jour calme, devient d'une irritabilité extrême, la moindre émotion, la moindre fatigue, la marche ou l'ascension des escaliers lui réveillent les palpitations et les tremblements.

Appareil respiratoire. — Rien de particulier. Respirations normales. Ne tousse ni ne crache.

Appareil circulatoire. — Les palpitations apparaissent sous forme de crises, se manifestant d'une façon assez régulière après les repas, pendant la marche ou pendant et à la suite d'une contrariété.

A l'examen, les bruits du cœur sont réguliers comme rythme, mais sourds. La pointe bat a trois doigts au-dessous du mamelon gauche. Le cœur est un peu gros. Rien de particulier à l'aorte. Pas de souffle aux vaisseaux du cou. Pulsations : de 95 à 100 pendant la station debout ; 80 lorsqu'elle est allongée au lit.

Appareil nerveux. — Insomnie. Irritabilité prononcée, anxiété. Le tremblement des extrémités se perçoit constamment une fois les bras tendus et les doigts écartés.

Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes pupillaires, tendineux normaux.

Appareil digestif. — Rien de particulier. Les crises de palpitations cardiaques, survenant d'ordinaire après le manger, la malade évite d'absorber des aliments et s'anémie.

Appareil génital. — Activité sexuelle normale.

Appareil urinaire. — 1200 grammes environ d'urine par 24 heures. Ni albumine, ni sucre. Décharges fréquentes de phosphates.

A l'examen du cou, on perçoit une tumeur du volume d'une petite pomme, qui suit les mouvements de déglutition. Elle siège uniformément dans toute la glande thyroïde et n'a de prédominance ni à gauche ni à droite ; il s'agit d'un goitre peu volumineux. Pas la moindre exophtalmie.

Traitement. — Un gramme 50 de salicylate de soude par jour et 2 grammes de bromure de sodium. Deux fois par jour X gouttes de teinture d'iode dans un peu de lait.

1 *mars* 1907. — La malade éprouve une amélioration sensible. Les tremblements sont à peine perceptibles. Elle dort. Les palpitations sont

(1) 1. *Jahrbücher der phil. med. Gesellschaft zu Wurzburg*, 1828, I, 1.
2. Potain. — *Bulletin Soc. anat.*, Paris, 1863.
3. Rose. — *Archiv. f. klin. Chir.*, 1878.
4. Wette. — *Archiv. f. klin. Chir.*, 1892.
5. Jacob. — *Kongress. f. innere Medizin*, Karlsbad, 1899.
6. Kraus. — *Wien. med. Woch.*, 1899.
7. Revilliod. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1896.
8. Minnich. — *Das Kropfherz*, Leipzig, 1904.
9. Zesas. — *Centr. f. die med. Wissensch.*, 1906, 17 mars ; Analy. in *Bull. méd.*, 1906, n° 24.
10. Hofmeister. — *Congrès méd. intern.*, Munich., 1906.
11. Von Mikulicz et Reinbach. — *Mitheil aus der Greuzgeb. der Med. u. der Chir.*, Bd VIII, 1901.
12. — *Ibid.*: 1902, Bd IX.
13. Hamburger. — *Prager Vierteljahrschrift*, X, 2, 52.
14. M. Schmidt. — *Die Krankheiten der oberen Luftwege* Berlin, 1894.
15. Tillaux. — *Soc. Chir.*, 1881, 3 août.
16. Orcel. — *Th.* Lyon, 1889. Bertrand. *Th.*, Lyon, 1895. Gruié, *Th.* Lyon, 1899.
17. Breuer. — *Wien. klin. Wochensch.*, 13. année, n° 28.
18. Engel Reimer. — *Centr. f. Chir.*, 1895.
19. Marcel Granier. — *La Presse médicale*, 1906, décembre.
20. Kocher. Mac Cullum. — *John Hopkins Hosp. Bull.*, 1905, août.
21. Roux. — Remarques sur 150 opérations de goitre. Volume jubilaire de Kocher.

bien moins fortes et plus rares. Rien de changé du côté du goitre, ni du côté du cœur qui reste gros et dont les bruits deviennent sourds.

12 *mai* 1907. — Palpitations disparues. Sommeil tranquille. Les tremblements des extrémités deviennent légèrement perceptibles.

30 *août* 1907. — La malade vient de passer trois mois en bonne santé, lorsque, ces jours derniers, elle ressentit à nouveau les palpitations cardiaques. Son goitre n'a pas considérablement augmenté de volume ; il égale celui d'une pomme moyenne de grosseur. Pas la moindre exophtalmie. Les tremblements des extrémités reprennent comme auparavant. Pulsations 80. 2 grammes de bromure par jour. Teinture d'iode, X gouttes.

L'hypertrophie cardiaque, ainsi que les crises de palpitations, sont à retenir dans cette observation ; elles ont nettement suivi le développement du goitre et présenté de longues rémissions. Le manque absolu d'exophtalmie est aussi significatif.

D[r] NARICH.

OPHTALMOLOGIE

Comment un praticien peut-il diagnostiquer une simulation d'amblyopie monoculaire?

par le D[r] Charles ROCHE.

La loi sur les accidents du travail a augmenté considérablement le nombre des simulateurs que les médecins sont appelés à dépister. Entre les simulations, celle d'amblyopie monolatérale est fréquente parce qu'elle n'occasionne pas de désagréments trop pénibles et parce qu'elle paraît, au blessé, difficile à déjouer ; en effet, l'impotence d'un membre, une douleur vive, une raideur lombaire entraînent à feindre une tension d'esprit continue, surtout dans une petite ville où les voisins sont peut-être plus indiscrets. La cécité complète est très rarement invoquée, et cela justement à cause de l'ennui qui en résulte pour le simulateur, mais la cécité d'un seul œil est, au contraire, bien tentante ; avec cette infirmité le blessé peut aller, venir, vaquer à ses occupations sans gêne d'aucune sorte.

Dans les grands centres, l'on fait appel à un spécialiste et les moyens dont l'oculiste dispose sont si nombreux et si fidèles que la simulation est vite dévoilée ; mais à la campagne, quand le confrère spécialisé est éloigné, il peut être bon que le médecin traitant recherche lui-même cette simulation, ne serait-ce que pour éviter parfois un voyage onéreux.

Nous pensons donc être utile en décrivant ici quelques moyens simples, *n'exigeant aucun outillage compliqué* et qui permettront à tout médecin de reconnaître si vraiment un blessé n'y voit pas d'un œil.

Parmi ces blessés nous établirons tout d'abord deux catégories : dans la première, l'on se trouve devant une lésion oculaire, taie de la cornée le plus souvent, qui paraît, qui en effet, gêne la vision, mais les phénomènes subjectifs ne paraissent pas concorder avec la gravité de la lésion ; il n'y a pas simulation, mais exagération. Ces cas-là relèvent du spécialiste qui est, d'ailleurs, souvent embarrassé, et ce n'est que par un examen attentif, plusieurs fois répété avec un outillage *ad hoc* que l'on arrive à se faire une opinion — nous ne nous occuperons pas des cas de ce genre.

Dans la deuxième catégorie, l'œil ne présente aucune lésion, mais le patient nous raconte qu'il a reçu un traumatisme et que depuis il n'y voit plus de cet œil. Comment pourrons-nous contrôler cette affirmation ?

Avant toutes choses, examinons la réaction pupillaire, en faisant fermer l'œil sain pour éliminer le réflexe consensuel ; une pupille qui réagit bien a de grandes chances d'appartenir à un œil qui y voit bien, mais il nous faut une certitude : comment l'obtiendrons-nous ?

Nous ne parlerons que pour mémoire de ce moyen plutôt brutal qui consistait, l'œil sain étant fermé par un bandeau, à approcher un thermo-cautère allumé de l'œil malade. Ce procédé grossier ne donnait pas toujours le résultat cherché, car le blessé n'avait pas besoin d'une sagacité bien grande pour comprendre que le médecin n'allait pas lui crever l'œil; d'autre part, avec une vision très mauvaise, il pouvait encore apercevoir la pointe rougie et avoir par conséquent un mouvement de recul.

Les procédés dont nous allons parler, au nombre de trois, sont basés sur la vision binoculaire: l'intégrité des deux yeux étant indispensable pour la vision d'un certain nombre de signes. Si le patient sait lire, les lettres sont certainement les textes les plus commodes. Dans le cas contraire, l'on se servira de dessins très simples (une croix, un point, un trait, par exemple) afin de ne pas prendre pour de l'amblyopie le manque d'intelligence du sujet que l'on examine.

1[re] *expérience.* — Objets nécessaires ; une page d'imprimerie quelconque (ou, si le blessé ne sait pas lire, quelques lignes de signes manuscrits) un crayon.

L'on prie le malade de lire à haute voix en lui indiquant ce qu'il doit lire avec la pointe du crayon. Pendant que le patient lit on éloigne peu à peu le crayon du texte en le maintenant entre le regard et la page à lire, si le blessé continue sa lecture il y voit des deux yeux.

En effet le crayon masque une partie du texte mais comme la partie cachée diffère pour chaque œil la lecture qui serait impossible avec un seul œil est au contraire facile avec les deux yeux.

Pour plus de clarté prenons un exemple : faisons lire une colonne du *Concours médical* (il est plus commode de prendre un texte dont les lignes sont plus longues). Le blessé est assis en face de la page à lire et, condition essentielle, sa tête et le texte doivent rester immobiles.

Mettons nous derrière lui, un peu par côté de façon à surveiller l'œil amblyope, il serait bon également de surveiller l'autre œil, surveillance facile avec un miroir convenablement disposé. Ceci fait commençons l'examen : Tenons notre crayon par l'extrémité supérieure et faisons lire quelques lignes en suivant la lecture avec la pointe, puis enlevons le crayon sans brusquerie de façon à le placer à mi-chemin entre les yeux et le journal. Si, à ce moment, la lecture n'est pas interrompue l'on est en présence d'un simulateur.

Il est prudent, afin d'avoir l'expérience bien en main, de l'essayer préalablement sur soi-même. Il sera aisé de voir que, étant placé à environ 0 m. 30 du *Concours*, si l'on tient un crayon horizontalement à 0 m. 15 du texte, la lecture ne peut se faire si l'on ferme un œil mais est, au contraire, possible avec les deux yeux.

2[e] *expérience.* — Objets nécessaires ; un crayon ou de l'encre rouge, un verre rouge (un verre de lanterne photographique par exemple) (1).

(1) Il suffit d'employer des caractères et un verre teints de même teinte. L'expérience réussirait également avec du bleu ou du jaune.

L'on écrit quelques mots composés de lettres rouges et noires, mots dont le sens diffère selon que les caractères rouges sont visibles ou non : Or, si l'on regarde à travers un verre rouge, les caractères de cette teinte ne peuvent être vus car ils se fondent sur le ton rouge que le verre donne au papier.

Par exemple, écrivons sur une feuille blanche les mots :

JE NE LIS PAS BIEN
ACHAT BAL MARE JARRE

Seront écrits en rouge les mots NE et PAS, le premier A du mot ACHAT, la boucle inférieure du B de BAL, les barres horizontales de l'E de MARE, la partie droite et inférieure des R du mot JARRE.

Ceci fait, prions le blessé de fermer lui-même le mauvais œil et nous lui faisons remarquer qu'il lit facilement les divers mots écrits, (ceci pour gagner la confiance). Nous lui faisons ensuite fermer le bon œil il dira nécessairement qu'il ne voit rien. On lui fait alors ouvrir les deux yeux en interposant le verre rouge devant l'œil sain. Si vraiment le blessé a un œil amblyope il devra lire :

JE LIS BIEN
CHAT PAL MARI JAPPE

Un conseil pratique, il ne faut pas appuyer en écrivant avec le crayon rouge sans cela les lettres sont en creux dans le papier et il y a une petite ombre qui peut fausser les résultats en permettant la lecture.

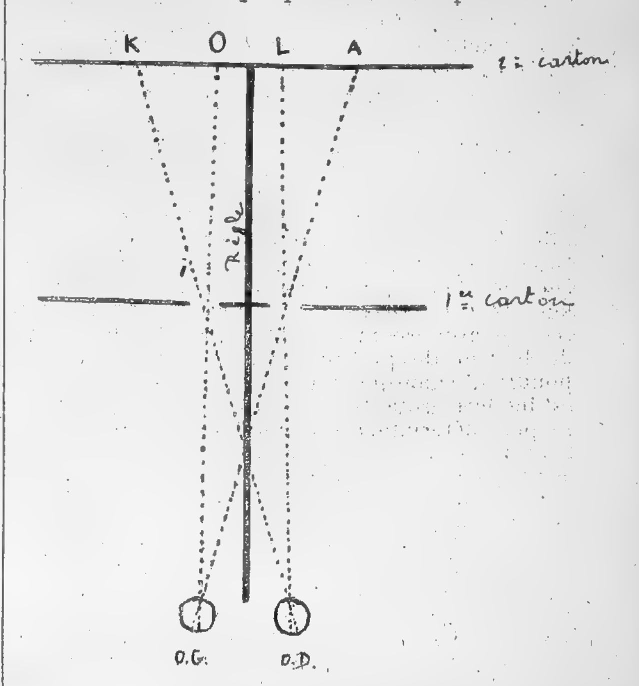
3e *expérience*, — Objets nécessaires : deux grandes cartes de visite, une règle.

Une première carte de visite est percée de deux trous de quelques millimètres de diamètre et fixée verticalement sur la règle avec de la colle ou une punaise à dessin. Elle doit être placée à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. L'autre carte est fixée à l'extrémité inférieure de la règle.

Ceci fait, l'on appuie sur son menton l'extrémité libre de la règle. A travers chacun des trous de la première carte, en se plaçant convenablement, l'on aperçoit une certaine portion de la carte inférieure, Il est aisé de constater en fermant alternativement l'œil droit et l'œil gauche que chacun des yeux voit une portion différente du carton inférieur. L'on repère avec la pointe d'un crayon les portions que l'on voit de l'œil droit, puis de l'œil gauche, et sur les quatre surfaces ainsi obtenues l'on inscrit quatre lettres (ou signes). Replaçant alors l'appareil comme devant, l'on verra évidemment quatre lettres, mais ces quatre caractères seront vus deux par deux par les deux yeux. Un borgne ne pourrait voir que deux lettres.

Soit, par exemple, une règle de longueur moyenne de 0 m. 40. Prenons deux cartons rectangulaires dont le grand côté a, au moins, du 0 m. 11. Perçons-en un de deux trous de 0 m. 01 de côté, dont les bords internes sont à 0 m. 04 l'un de l'autre. Fixons cet écran sur la règle, de façon que le carton lui soit perpendiculaire et que les ouvertures soient sur une même ligne horizontale.

Sur la deuxième carte, inscrivons quatre lettres, par exemple KOLA, à égale distance les unes des autres et de façon telle que les lettres extrêmes soient à 0 m. 10 l'une de l'autre,. Fixons cette carte à l'extrémité de la règle près de laquelle est le premier carton, en plaçant horizontalement les lettres K O L A .Mettant alors l'extrémité libre sur le menton, si nos deux yeux sont normaux, nous lisons (le schéma ci-après nous fait comprendre clairement la chose) avec l'œil droit KL, avec l'œil gauche OA, c'est-à-dire le mot KOLA, mais à la condition que l'un des yeux ne soit pas amblyopé ! C'est en somme la construction, mise à la portée de tous, du diploscope de Rémy. Petit appareil qui, une fois construit, et cela demande à peine quelques minutes, met à notre disposition l'un des meilleurs instruments que possèdent les spécialistes.



Tels sont les trois procédés qui nous ont paru les plus simples entre bien d'autres qu'emploient les oculistes. Nous estimons que l'un d'entre eux, les trois réunis si l'on se trouve devant un simulateur particulièrement adroit, peuvent rendre quelque service au médecin de campagne dont la mission est souvent bien difficile. Ne doit-il, pas en effet, être la synthèse de la médecine, de la chirurgie et de toutes les spécialités ? Nous serons heureux si nous avons pu leur donner quelques indications utiles en leur décrivant quelques petits « trucs » qui pour ne pas être tout à fait nouveaux sont peu connus des praticiens, surtout sous une forme aussi peu coûteuse, car nous semble-t-il, l'on ne peut demander à un médecin de se procurer toute l'instrumentation que chacune des spécialités exige.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'antisepsie des plaies cutanées et des plaies muqueuses.

Nous avons vu, ces temps-ci, un certain nombre de communications cliniques au sujet de la fermentation oxygénée. La plupart des auteurs s'accordent à dire que le trioxychlorométhyle de vanadium, véritable ferment métallique, est un puissant germicide et un très actif kératinisant. Il envelopperait pour ainsi dire les plaies d'une atmosphère d'oxygène naissant, sans cesse renouvelée, et, sans toxicité, sans causticité, sans altérer les instruments et le linge, réaliserait le desidératum cherché du véritable antiseptique.

Nous ne voulons pas critiquer ici, ces notes personnelles dont nous avons reconnu l'exacti-

tude dans un grand nombre de faits cliniques aussi bien dans le domaine chirurgical que gynécologique, mais il faut envisager la question des remèdes nouveaux avec calme. sans se laisser aller à l'enthousiasme qu'ils suscitent parfois, quand ils ont de réelles qualités thérapeutiques.

Le fait que l'Anios, par sa production permanente et illimitée d'oxygène, est un germicide de premier ordre et un excitant cellulaire particulièrement actif, ne peut à notre avis, faire aucun doute. Mais, il nous a semblé parfois que son maniement demandait à être précisé mieux qu'on ne l'a fait.

Il faut, à ce point de vue, faire une distinction entre les plaies cutanées et les plaies des muqueuses. Il faut surtout se rappeler que ces dernières lésions sont parfois extrêmement douloureuses. Elles sont riches en filets nerveux, dont la sensibilité est accrue par l'inflammation périphérique, et chez les névropathes surtout, elles présentent une irritabilité extrême. Nous devons donc penser, avant d'employer un topique, à la douleur locale qu'il pourrait amener. Certes, la poudre d'Anios que nous ordonnons parce qu'elle est inodore, isolante et fortement kératoplastique, ne peut déterminer une réelle causticité. L'oxygène n'a pas cet inconvénient. Mais dans le cas particulier que nous envisageons il pourrait arriver que l'on observe des picotements, une sensation douloureuse passagère, après l'application de la poudre en nature. Et c'est pourquoi, nous pensons que, dans le traitement des plaies de certaines muqueuses sensibles (préputiale, nasale etc.) il serait préférable d'utiliser un mélange à parties égales de poudre d'Anios et de talc par exemple. Le dégagement d'oxygène se fera tout aussi bien, il sera seulement moins intensif, et la susceptibilité organique de certaines malades ne pourra être mise à l'épreuve.

Sur les plaies cutanées, au contraire, il faut employer largement la poudre d'Anios sans la mélanger à des substances inertes, car, sauf le cas où le derme est à vif sur une large surface (brûlures par exemple) on n'a pas à craindre de picotements.

Il en est de même pour la solution d'Anios. Dosée à 2 %, elle est fortement germicide, désodorisante, et doit servir pour les pansements humides à demeure des plaies cutanées, et pour les injections vaginales et utérines. Mais, s'il s'agit de laver abondamment l'urèthre ou la muqueuse conjonctivale. il est, à notre avis, préférable de choisir la solution à 1 %.

Cela ne veut pas dire que le Trioxychlorométhyle de vanadium soit caustique pour les tissus. Bien au contraire, puisque par définition il est un *physiologique cellulaire*, et la solution mère des flacons qui contient 20 gr. de substance active par cuillerée à bouche, ne détermine jamais la moindre irritation locale, quand on la place pendant plusieurs heures sur l'épiderme sain. Pourrait-on en dire autant du sublimé de l'acide phénique, etc., qui ne sont pas cependant plus germicides que l'Anios ?

Ainsi donc, le trioxychlorométhyle de vanadium, représentant en médecine la fermentation oxygénée, doit être considéré comme un antiseptique, un kératinisant de choix, et les divers auteurs qui admettent ces propriétés ne peuvent être contredits. Il n'est pas toxique et pas caustique. Mais il ne peut empêcher l'existence de susceptibilités individuelles, et bien qu'à ce point de vue, les doses fortes nous paraissent sans inconvénient sérieux, nous pensons qu'il est plus scientifique de proposer la solution à 2 % et la poudre d'anios naturelle pour les plaies cutanées tandis que d'autre part, la solution à 1 % et la poudre d'anios mélangée à des substances inertes (talc, amidon) seront indiquées pour les infections profondes siégeant sur des muqueuses particulièrement sensibles.

Dr Félix Duard.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Assemblée générale tenue à Niort le 8 *octobre* 1907.

Sous la présidence du Dr J. Charier, président.

Le banquet annuel, organisé par les bons soins du dévoué docteur Collon, et servi à l'*Hôtel des Etrangers*, a réuni 34 convives, dont Mes Mercier et Clouzeau, avocat et avoué conseils du Syndicat ; ce nombre élevé n'avait encore jamais été atteint. Après les toasts de MM. Charier, qui boit au libre choix du médecin, Gaillard père, Marion et l'allocution si flatteuse pour le syndicat et si bien dite de Me Paul Mercier, avocat, la séparation se fait au milieu de l'entrain général, et rendez-vous est pris pour deux heures, à l'Hôtel de Ville, où a lieu la réunion générale.

Ont signé le registre de présence : MM. Collon, Corbin, Largeau, Mayet, Renon, Roulland, Tournadour, Martineau, Senoble, Tiffaud, Grassin, Moreau, de Saint-Maixent ; Forget, Robineau, Tillé, Charier, Ferrand, Gallot, Mosnay, Pérault, Gaud, Lamy, Clais, Rabec, Gilles, Boudard, Clément, Landry, Maillard, Gaillard père, Gaillard fils, Marion, Bouchet, Guillon, de Saint-Loup ; Vermeil, Verlet, Frey, Jaurand, Gadreau, Pons, Barillet, Valla, Verron : 43 présents.

Excusés : MM. Boullet, Petit, Pillet, Poineau, Motheau, Demarque, Besnard, Lecointre, Cotilleau, Roy, Guinebertière, Brin, Moreau, de Châtillon ; Pelletier, Dourif, Grimaud, Dulout, Bayoux, Nicoullaud, Breffeil, Bégusseau, Guillon, de Secondigny ; Le Guichaoua, Audoin (Maurice) : 24 excusés.

Absents non excusés ; Fayard, Roux, Riffé, Chabot, Vandier, Cochard, Brillaud, Faure (Gustave), Faure (Louis), Verrier, Escure, Bureau, Demange, Fringuet, Girard, Pradel, Métayer, Riffeauld, Seguin : 19 absents non excusés.

Le Dr Mosnay est désigné comme secrétaire de la séance.

Candidature : MM. Audoin (Maurice), de Thouars, présenté par MM. Verrier et Charier ; Barillet, de Bressuire, présenté par MM. Lecointe et Charier ; Valla, de Thouars, présenté par MM. Cotilleau et Charier ; Verron, de Cerizay, présenté par MM. Brin et Roy, ayant réuni l'unanimité ou la majorité des suffrages, sont proclamés membres du syndicat ; et les trois derniers, présents, sont priés de prendre part à la réunion.

Election du secrétaire. — Le Dr Mosnay, de Saint-Varent, est élu secrétaire du syndicat.

Procès-verbal de la dernière réunion. — Après lecture du procès-verbal, le Président rappelle que : la loi du 31 mars 1905 stipule, relativement aux honoraires des médecins des hôpitaux pour les accidents du travail reçus dans ces établissements, que le chef d'entreprise est seul tenu des

frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne peuvent dépasser le tarif établi pour l'application de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite majoré de 50 %, sans pouvoir dépasser 3 fr. 50 par jour. La commission administrative peut porter le prix de journée à l'hôpital à ce taux de 3 fr. 50 et stipuler qu'à titre d'honoraires médicaux pour les blessés du travail qui ne sont pas des indigents, la différence entre le prix ancien et le prix nouveau sera remise au médecin de l'Hôpital. A Meulan, Albertville, Chevreuse, Thouars, les commissions hospitalières attribuent au médecin de l'Hôpital une part variant de 0 fr. 50 à 1 franc par blessé et par jour.

Le procès-verbal est adopté.

Correspondance. — Outre les lettres et télégrammes d'excuses ; lettre du Dr Gairal, faisant acte de candidature pour l'élection du représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité : lettre du Préfet relative à cette élection et demandant les noms des 2 délégués choisis par le Syndicat : ce sont MM. Charier et Marion. Lettre du Dr Leredde, dont il sera question plus tard lorsqu'il sera rendu compte du Congrès des Praticiens. Lettre du Préfet concernant les consultations de nourrissons.

Nécrologie. — Le Dr Guinebertière père, de Cerizay, qui fut longtemps syndic, et le docteur Léon Andouin, secrétaire,sont décédés depuis la dernière réunion. Le bureau a envoyé une couronne funéraire et a été représenté aux obsèques de ces confrères, auxquelles assistaient aussi de nombreux membres. Le Président donne lecture des paroles d'adieu qu'il a prononcées, au nom du syndicat, sur la tombe de chacun des décédés. L'assemblée s'associe aux paroles du Président.

Congrès des praticiens. — Ce congrès, quoique préparé et réuni un peu à la hâte, a eu un succès dépassant toute attente. Il est inutile de s'étendre sur le compte rendu qui a paru dans les journaux et qu'ont reçu les membres adhérents.

Une commission permanente a été élue et s'est divisée en 2 sous-commissions, l'une chargée d'étudier les questions relatives à l'enseignement médical, l'autre, celles relatives au libre choix du médecin et à la médecine sociale. Ces deux sous-commissions continueront leurs travaux et se chargeront de la préparation des futurs Congrès.

On passe à la discussion du rapport du Dr Le Fur, sur les modifications à apporter à l'enseignement médical. Ce rapport, que le Dr Leredde a envoyé seulement ces jours derniers et qui a paru dans le *Concours Médical* et dans le *Bulletin* de l'Union, sera étudié par une commission syndicale de trois membres élus par l'assemblée : MM. Renon, Marion et Gaud, qui devra présenter ses conclusions à la prochaine réunion. En principe l'assemblée est favorable aux réformes demandées par le Dr Le Fur.

Les ambulants, marchands de bandages, etc. — Nous devons poursuivre tous ces colporteurs dans la mesure du possible, et surtout veiller à ce que tous ces gens-là paient patente pour toutes les villes où ils viennent déballer. C'est à la vigilance des membres du corps médical que sont confiés ce soin et cette surveillance et nous devons, le cas échéant, ne pas craindre de nous adresser au commissaire de police, ou de signaler ces faits au contrôleur des contributions. Mais, de la discussion, il ressort un enseignement important pour nous. Quand un client qui vient nous consulter a besoin d'un bandage ou autre appareil orthopédique, le médecin ne doit pas se contenter de l'adresser verbalement chez le pharmacien ou le marchand, il doit remettre au client une ordonnance détaillée spécifiant le genre de bandage ou d'appareils ordonnés, et les essayer lui-même, les placer lui-même sur le malade, et non pas laisser ce soin aux pharmaciens, qui en profitent pour ouvrir des salons d'essai de bandages. C'est souvent par suite de la négligence du médecin,il faut l'avouer,que les gens prennent le chemin du pharmacien ou du marchand de bandages.

Cabinets de consultations en dehors du domicile du médecin. — Une décision antérieure du Syndicat stipule que tout médecin, syndiqué ou non, doit s'abstenir d'offrir ses services sans qu'ils lui soient demandés, notamment en passant à heure fixe dans les localités, ou en y ouvrant un cabinet de consultations. En contrevenant à cette règle de conduite, il se met en dehors des lois déontologiques et s'expose, ainsi que la chose lui serait rappelée par le Président du Syndicat,à voir ses confrères faire le vide autour de lui.

Le Président espère que cette discussion ne fera pas hésiter plus longtemps les confrères qui ont des cabinets de consultations en dehors de leur domicile à les fermer. Si pareils faits lui étaient signalés,le Président devra écrire aux confrères pour les engager à se soumettre à cette décision du syndicat, avant d'ouvrir une enquête à ce sujet et de les déférer, comme le disent nos statuts, devant le conseil syndical, qui ne devrait pas hésiter à appliquer le règlement.

Au sujet de cette discussion, l'assemblée déconseille à un confrère d'aller ouvrir un cabinet de consultations dans une commune qui offre à un jeune médecin une indemnité pour l'y faire venir, afin d'empêcher un jeune de venir s'y établir. Chacun a droit à la vie et peut aller s'installer où bon lui semble.

Consultations de nourrissons. — Si dans les grands centres,où la population est agglomérée, la chose est facile et utile à la condition d'y annexer des « gouttes de lait », il n'en est pas de même dans les campagnes, où les habitations sont éparses, les villages et les hameaux éloignés, les moyens de communications nuls, et où les locaux convenables manquent ; et comme le dit le Dr Variot lui-même, il faut aller à l'enfant, quand on ne peut, sans inconvénient, le faire venir à soi pour surveiller son élevage.Mieux vaut modifier la loi Roussel insuffisante actuellement, que d'employer des moyens inutiles et impraticables. D'ailleurs cette question sera portée à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Election de deux délégués à l'assemblée générale de l'Union. — MM. Gaud et Mosnay.

Repos hebdomadaire. — Voici le vœu émis par l'Assemblée nationale des médecins de France (Congrès des Praticiens) réunie à Paris les 12, 13 et 14 avril 1907.

« Considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche et que, seul, un cas *urgent* de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime.

« Assimilant donc les visites faites le dimanche aux *visites d'urgence*, l'assemblée décide, à partir du 1er janvier 1908 :

« 1° Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera double de celui de la visite ordinaire.

« 2° Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement. »

A nous de nous y conformer.

Tarif départemental. — Les confrères ne font rien pour unifier notre tarif départemental, à quelques exceptions près. Les paroles seules ne suffisent pas. Si nous voulons vivre de notre pro-

fession, nous devons suivre l'élévation de tous les prix : il est grand temps de se hâter pour l'application intégrale du tarif (en 1910).

Cotisations et amendes. — Le vœu suivant est soumis à la méditation des membres du syndicat. Elever les cotisations annuelles à 20 francs : les membres présents toucheraient un jeton de présence de cinq francs par chaque séance, ce qui réduirait leur cotisation au prix actuel de 10 francs. Ceci permettrait à la caisse du syndicat, d'offrir le banquet annuel à tous les syndiqués qui n'auraient pas de cotisation spéciale à payer pour ces agapes confraternelles.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Président, Dr J. Charier. *Le Secrétaire,* Dr Mosnay.

Etat nominatif des membres du Syndicat du 8 octobre 1907.

84 Membres.

Arrondissement de Niort : 27 *Membres*

Dr Boullet, à Niort ; Collon, à Niort ; Corbin, à Niort ; Fayard, à Niort ; Largeau, à Niort ; Mayet, à Niort ; Petit-Jean, à Niort ; Pillet, à Niort ; Renon, à Niort ; Roulland, à Niort ; Roux, à Niort ; Tournadour, à Niort ; Martineau, à Coulonges-sur-l'Autize ; Rifé, à Coulonges-sur-l'Autize ; Senoble, à Champdeniers ; Tiffaud, à Echiré ; Grassin, à Frontenay-Rohan ; Poineau, à Saint-Hilaire-la-Palud ; Chabot, à Saint-Maixent ; Moreau, à Saint-Maixent ; Motheau, à Saint-Maixent ; Vandier, à la Crèche ; Clochard, fils, à Mauzé ; Demarque, à Mauzé ; Forget, à Coulon ; Robineau, à Beauvoir ; Tillé fils, à Beauvoir.

Arrondissement de Bressuire : 24 *Membres.*

Dr Barillet, à Bressuire ; Besnard, à Bressuire Brillaud (Jacques), à Bressuire ; Lecointre, à Bressuire ; Audouin (Maurice), à Thouars ; Charier, à Thouars ; Cotilleau, à Thouars ; Faure (Gustave), à Thouars ; Faure (Louis), à Thouars ; Ferrand, à Thouars ; Verrier, à Thouars ; Valla, à Thouars ; Gallot, à Menton ; Roy, à Argenton-Château ; Verron, à Cerizay ; Guinebertière (Edmond), à Cerizay ; Mosnay, à Saint-Varent ; Brin, aux Aubiers ; Escure, aux Aubiers ; Pérault, à Nueil-les-Aubiers ; Moreau, à Châtillon ; Pelletier, à Oiron ; Bureau, à Chiché ; Demange, à Faye-l'Abbesse.

Arrondissement de Melle ; 17 *Membres.*

Dr Dourif, à Melle ; Gaud, à Melle ; Lamy, à Melle ; Clais, à Saint-Roman-les-Melle ; Rabec, à Brioux ; Gilles, à Brioux ; Grimaud, (Frédéric), à Dessé, par Limalonge ; Boudrad, à Sauzé-Vaussais ; Dulout, à Sauzé-Vaussais ; Bayoux, à Lezay ; Nicoullaud, à Lezay ; Clément, à Celles ; Girard, à Mongon ; Pradel, à Chef-Boutonne ; Landry, à Chef-Boutonne ; Maillard, à Pamproux.

Arrondissement de Parthenay : 18 *Membres.*

Dr Breffeil, à Parthenay ; Gaillard, père, à Parthenay ; Gaillard, fils, à Parthenay ; Marion, à Parthenay ; Seguin, à Parthenay ; Bouchet, à Saint-Loup-sur-Thouet ; Guillon, à Saint-Loup-sur-Thouet ; Vermeil, à Ménigoute ; Verlet, à Vasles ; Frey, à Airvault ; Jaurand, à Airvault ; Bégusseau, à Secondigny-en-Gâtine ; Guillon, à Secondigny-en-Gâtine ; Métayer, à Moncoutant ; Gadreau, à Vautebis ; Le Guichaoua, à Thénezay ; Riffeaud, à Thénezay ; Pons, à Clessé.

Conseil du Syndicat.

Président Honoraire : Dr Pillet, à Niort.

Bureau : *Président* : Dr Charier, à Thouars. — *Vice-Président* : Dr Marion, à Parthenay. — *Secrétaire* : Dr Mosnay, à Saint-Varent. — *Trésorier* : Dr Ferrand, à Thouars.

Syndic : Arrondissement de Niort : Drs Grassin et Collon.— Arrondissement de Melle : Drs Gaud et Dulout. — Arrondissement de Parthenay : Drs Verlet et Gaillard père. — Arrondissement de Bressuire : Drs Lecointre et Mosnay.

Me Mercier, avocat. — Me Clouzeau, avoué.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La Tarification des pansements antiseptiques complets.

Vienne, le 5 décembre 1907.

Mon cher Confrère,

En février 1906, j'avais eu le plaisir de vous communiquer le jugement de Bourg (le premier d'une longue série), confirmant les médecins dans leur droit d'appliquer le tarif ouvrier local, et non le tarif ministériel *quand c'est le patron qui a désigné le médecin.*

Aujourd'hui j'ai la joie de vous adresser un jugement de Vienne, qui vient rétablir tout le sens, *tout le bon sens,* de l'article 10 de l'arrêté du 30 septembre 1905, un moment compromis par je ne sais plus quel médecin expert et par un jugement du tribunal de paix du 12e Arrondissement de Paris.

J'ajoute ces quelques renseignements sur lesquels le jugement est naturellement muet. Par égard pour la grosse somme demandée et par esprit de conciliation, le Dr de W... offrait à la Compagnie un rabais de 200 fr., qu'elle repoussa. C'est alors que ce confrère, connaissant mes démêlés déjà nombreux avec les Compagnies et mon affiliation au « Sou médical » où la lutte ne fait pas peur, vint me demander mon avis. Je lui conseillai de maintenir, avec une résistance énergique et absolue, son chiffre primitif puisqu'il pouvait le justifier, et je lui donnai le nom d'un défenseur susceptible de faire valoir ses droits — les droits du corps médical — en toute probité, mais sans faiblesse. Et voilà comment nous comptons une bonne victoire de plus sur les Compagnies. C'est la revanche du bon droit et du bon sens.

Votre tout dévoué.

Dr Chapuis

Justice de Paix du canton de Vienne (Isère)

(Loi du 9 avril 1898)

Audience du 2 novembre 1907.

Jugement

Dr de W... c. L. P. Cie d'assurances-accidents, Paris.

Attendu que le docteur de W... réclame à « la P. », 1430 francs pour soins médicaux par lui donnés du 2 février 1906 au 21 mai 1907 à demoiselle E. H..., victime d'un accident du travail au service de M. C..., du 2 février 1906 ;

Attendu que « la P. » offre une somme de 1037 fr. 50, que sans contester le nombre de pansements effectués par le docteur de W..., elle conteste seulement le chiffre de 7 f. 50 réclamé pour chacun des 157 pansements, et offre seulement 5 fr. pour chacun d'eux, d'où la différence de 392 fr. 50 qui fait l'objet du litige actuel,

Attendu que « la P. » soutient en effet que, malgré les termes de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 allouant au médecin pour pansement antiseptique complet une allocation égale au prix de deux visites en sus du prix de la visite, il faut considérer la volonté du législateur qui a été de rémunérer le médecin de son travail effectif matériel ou intellectuel ; qu'en cas d'interventions quotidiennes ou très rapprochées du

médecin pendant une longue période, celui-ci ne se livre pas, lors de chaque intervention, à un examen approfondi de la blessure ou de l'état du blessé, que son travail se borne à l'application du traitement décidé dès le début à la suite de l'examen initial, et que par conséquent il n'a droit qu'à l'allocation prévue pour cette application ;

Attendu qu'à l'appui de sa thèse, « la P. » apporte un jugement du tribunal de paix du 12e arrondissement de Paris en date du 10 mai 1907.

Attendu que le docteur de W... soutient, au contraire que, bien que ses interventions fussent très rapprochées, il était obligé d'examiner chaque fois l'état de la blessure en raison de la gravité de celle-ci (arrachement du cuir chevelu) et des complications nombreuses qui pouvaient surgir ; que, malgré les dires de la partie adverse, l'intervention d'un médecin et non d'un praticien quelconque était nécessaire chaque fois ;

Attendu que l'article 10 de l'arrêté du 30 septembre 1905 est ainsi conçu : « Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, *en sus du prix de la consultation ou de la visite*, aux allocations spécifiées ci-après » ;

Attendu que, devant les termes très clairs du texte, il semble impossible, sous prétexte d'interpréter la volonté du législateur, de refuser au médecin traitant le prix de la visite en sus de l'allocation correspondante aux diverses opérations mentionnées ; qu'en effet donner à ce texte le sens prétendu par « la P. » ce serait non pas l'interpréter, mais le modifier, ce qui excède le pouvoir du juge ;

Attendu, en conséquence, que le prix de 7 fr. 50 réclamé par le docteur de W... pour 157 pansements antiseptiques complets est bien celui alloué par le tarif du 30 septembre 1905 et l'arrêté ministériel du 26 juillet 1906 fixant à 2 fr. 50 centimes le prix de la visite à V...

Par ces motifs :

Jugeant contradictoirement en premier ressort, déclarons insuffisante l'offre de 1037 fr. 50 faite par « la P. » ;

En conséquence, condamnons « la P. » à payer avec intérêt de droit au docteur de W..., la somme totale de 1.430 fr. pour les soins donnés à son ouvrière E. H... ;

La condamnons, en outre, aux dépens.

CORRESPONDANCE

Le repos hebdomadaire.

Mitry-Mory, le 5 décembre 1907.

Mon cher Confrère,

A l'Assemblée générale du *Concours Médical*, j'avais l'intention de mettre au point la question du repos hebdomadaire relatif pour les médecins. J'avais en poche les notes nécessaires pour établir un « état de lieu »...... mais l'ordre du jour était déjà tellement chargé ! De plus, (l'avouerais-je), le petit nombre de membres présents (non au banquet), mais à la fin de l'après-midi, m'a détourné de l'idée de parler. Plusieurs, apercevant le « père du repos hebdomadaire », ainsi que m'a humoristiquement baptisé l'un deux, m'en ont fait le reproche. J'ai simplement répondu que je trouvais préférable de parler..... dans le journal, c'est-à-dire à la grande famille médicale toute entière des membres du *Concours*.

Tenant parole, je viens donc vous demander l'hospitalité de vos colonnes, au sujet de cette question qui vous tient également à cœur puisque vous avez bien voulu établir des imprimés spéciaux pour faciliter aux humbles praticiens l'établissement de cette utile réforme dans leur clientèle d'une façon *impersonnelle*.

Je ne donnerai ici aucune raison, aucun argument. Chaque praticien connaît, aussi bien que moi, la question en elle-même. Je désire seulement faire un court aperçu...... historique.

* * *

Le 13 avril dernier, à l'une des séances du Congrès des Praticiens, je déposais, sur le Bureau, une *motion* sur le repos hebdomadaire relatif du médecin et, après avoir développé mes conclusions devant l'assemblée j'avais l'honneur de voir la motion votée.

Il n'était pas dans mes intentions de poser là un pétard qui ferait long feu. J'avais longuement étudié la question et j'étais persuadé : 1° qu'elle répondait à un *besoin* véritable du corps médical ; 2° qu'elle arrivait *à son heure*, après le vote de la loi sur le repos hebdomadaire.

Je ne m'étais pas trompé. L'assemblée, partagée, au début, entre l'ironie et le scepticisme, était bientôt devenue attentive à mes paroles, puis peu à peu intéressée, et les applaudissements de la fin ne furent que le prélude d'un vote qui devait avoir, dans la suite une répercussion bien plus grande que je ne le pensais moi-même, ce jour-là.

Dès le lendemain soir, le *Messidor* lui ouvrait largement ses colonnes et, depuis, une longue liste de journaux a commenté la motion votée par le Congrès des Praticiens.

En voici quelque-uns :

Le Temps, Le Petit Parisien, Le Figaro, L'Aurore, Le Gil Blas, Le Lanterne, La Petite République, La Liberté, Le New-York Herald, Le Peuple Français, La Mutualité Nationale, La Française, Le Moniteur Médical, L'Echo du 9e Arrondissement, Le Courrier du soir, La Banlieue de Paris, etc., etc.

Voici, de même, la liste intéressante des villes où, soit dans les journaux locaux, soit dans les centres médicaux (avec insertion consécutive dans les journaux), la question a été posée et étudiée :

Lyon, Lille, Montpellier, Marseille, Bordeaux, Rennes, Rouen, Nantes, Nice, Perpignan, Laval, Fontainebleau, La Palice, Saint-Etienne, Bar-sur-Aube, Angoulême, Compiègne, Auxerre, Chambéry, Montauban, Vincennes, Dijon, Noyon, Romorantin, Rochefort, Saint-Brieuc, Langres, Les Andelys, Hazebrouck, *Oran*, etc.,

et A L'ÉTRANGER : *Londres, Bruxelles, Verviers, Mexico.*

Voyons maintenant les milieux médicaux : je ne parlerai pas des Associations et des Syndicats qui ont étudié (et quelques-uns résolu), la question. Ils sont trop ! Je me contenterai de signaler ce qu'a décidé « l'État-major ».

Le 15 avril dernier, à la réunion annuelle des délégués de l'*Association Générale des médecins de France*, la même motion était adoptée et le bureau était chargé de prier chaque association régionale de porter la question à l'ordre du jour et d'en centraliser les résultats pour la réunion de 1908.

Dernièrement, à l'assemblée générale de l'*Union des syndicats médicaux de France*, le Dr Vimont faisait voter un ordre du jour « invitant tous les syndicats adhérents à porter la question du repos hebdomadaire à l'ordre du jour de leur plus prochaine séance. »

J'ai reçu, moi-même, depuis le Congrès, nombre de lettres de confrères, quelques-uns secrétaires de leurs syndicats, me demandant des explications et des renseignements. J'ai dû faire recopier le laïus prononcé le 13 avril et l'ai communiqué, à quelques uns, par la poste, avec prière de me le renvoyer au plus tôt. Dernièrement encore, il y a une quinzaine, cette copie me revenait d'Agen, et était expédiée incontinent.. à Bruxelles.

Bref ! Il y a là tout un mouvement intéressant, dont peu de confrères se doutent, et dont il est nécessaire de tenir compte puisqu'il indique nettement, je le répète, que la motion votée par le Congrès, correspondait bien à un *besoin*.

Ce « besoin » devait même être reconnu *officiellement*. Le directeur de l'Assistance Publique, M. Mesureur, dans un toast aux médecins du Bureau de bienfaisance, parlait de l'organisation, pour eux, du Repos hebdomadaire par roulement « de façon » disait-il, à assurer un « repos *légitime* à la plupart d'entre vous », et terminait son toast en disant : « Dans tous les cas, vous pouvez être assurés que le Directeur de l'Assistance publique ne sera pas hostile à ce qui pourrait vous garantir un peu plus de bien être et de liberté. » (voir le *Bull. médic*, de novembre 1907.)

Donc la question posée le 13 avril 1907 est maintenant lancée, étudiée, commentée, reconnue d'importance et même officialisée, légitimée...... mais prenez garde, confrères, que, plus tard, de notre faute, elle ne soit...... classée !

***

« Aide-toi, le Ciel t'aidera » ! « dit la sagesse des nations. Ce n'est pas tout de dire, hochant la tête, en parcourant cette lettre : « Eh, eh ! Pas si bête l'idée ! Si ça prend, je ferai comme les autres, naturellement ! » puis d'attendre béatement que les alouettes tombent rôties à point. Le *Concours Médical*, toujours sur la brêche quand il s'agit de défense professionnelle, a imprimé et met à la disposition de chacun de nous des liasses de feuilles ainsi libellées :

Repos hebdomadaire relatif du médecin

« L'Assemblée générale des Médecins de France (Congrès des Praticiens), réunie à Paris, les 12, 13 et 14 avril 1907.

« Considérant que, comme tous les travailleurs, le médecin praticien a le droit de se reposer le dimanche et que seul un cas *urgent* de maladie ou de blessure lui crée le devoir social et humanitaire d'interrompre ce repos légitime.

« Assimilant donc les visites faites le dimanche à des *visites d'urgence*.

Décide, à partir du 1er janvier 1908 :

« 1° Le prix de toute visite réclamée ou nécessitée le dimanche sera *double* de celui de la visite ordinaire,

2° Exception peut être faite pour toute visite effectuée sur le désir propre du médecin, à son heure, à un malade en cours de traitement. »

Un point c'est tout ! Ce n'est ni X ni Y, ni vous ni moi, qui veut en faire à sa tête. C'est la simple reproduction de la motion votée par le Congrès des Praticiens qui entendent bien rester à la disposition, comme autrefois, de celui qui souffre, mais ne *veulent plus* être dérangés le dimanche pour un...... soupir de travers. Cette feuille *impersonnelle* est d'ordre général. Glissée par chacun de nous dans nos notes de fin d'année, elle ne fait que publier un état acquis, elle prévient simplement la clientèle......les clientèles. Aucun de nous n'est responsable *personnellement*, s'il y a quelque froissement, comme dans toute réforme... Et encore ? Y aura-t-il des froissements seulement ? Un étonnement peut-être, un sourire, une réflexion narquoise et ce sera tout ! La chose vaut la peine de les supporter !

Déjà pas mal de confrères se sont fait expédier quelques centaines de ces feuilles. Mais il faut, dans ce mouvement, sinon l'unanimité (chose qui n'est guère de ce monde), du moins la grande majorité. Voilà le jour de l'an qui approche, mes chers confrères. Hâtons-nous de faire notre commande. Causons-en avec nos voisins. Ecrivons-leur, au besoin, pour leur faire part de nos intentions...... ils feront comme nous.

Mais ne nous laissons pas aller à notre nonchalance habituelle. C'est le *moment*. Saisissons le « cheveu » de l'occasion. Plus tard, ce sera trop tard !...

—

Déjà quelques-uns nous ont devancé. Je connais plusieurs syndicats, plusieurs groupements même, qui non seulement ont voté la motion, mais l'ont déjà mise en pratique. Je connais beaucoup de confrères pourvus des feuilles du *Concours*. Sans entrer dans les détails, je me contenterai (à tout Seigneur, tout honneur !) de relater ici ce qu'à fait le gros Syndicat lyonnais.

Voici ce que l'on peut lire dans des journaux médicaux.

Repos hebdomadaire.

« Le syndicat des médecins du Rhône a adopté « la décision suivante, qu'il a portée à la connaissance « du public par la voie des quotidiens :

« Le syndicat des médecins du Rhône, s'inspirant « des principes de la loi sur le repos hebdomadaire et « se conformant aux décisions du Congrès des méde- « cins praticiens de France, a l'honneur d'informer le « public qu'à partir du 1er *Juillet* 1907, le prix de « toute visite *demandée* à ses membres pour être effec- « tuée les *dimanches et jours fériés*, sera le *double* de « celui de la visite ordinaire. »

Qu'en dites-vous, confrères ? Est-ce le moment ou jamais de saisir le cheveu sus-dit ?.....

En demandant pardon au *Concours* d'avoir si longtemps abusé de son obligeante hospitalité, je vous prie, mon cher confrère, de recevoir, avec mes remerciements, l'assurance de mon dévouement confraternel.

Dr DECOURT.

N. D. L. R. — Notre confrère sera heureux d'apprendre que la plupart des Syndicats ont demandé que le principe du repos hebdomadaire soit introduit dans le Tarif Dubief lors de sa révision : nous avons transmis leur demande.

REPORTAGE MÉDICAL

La réorganisation des études médicales. — Le 11 décembre, la commission ministérielle a repris ses travaux : elle se prépare à les pousser activement et tout permet d'espérer l'établissement prochain par décret d'un régime d'études conforme aux désidérata présentés par nos assemblées générales.

Si la réforme de l'enseignement médical donne à envisager bien d'autres mesures devant venir à d'autres dates, il reste évident que l'étude du programme, de la solidarité, des examens, du contrôle sur l'application du nouveau régime, avait plus que toute autre le caractère d'extrême urgence.

Le Congrès des maires et la loi de 1902, — Un grand nombre de maires réunis en Congrès à Paris viennent de protester contre l'attitude de l'Administration qui leur a enlevé par le décret de 1905, l'initiative du choix et de la rétribution des directeurs de bureaux d'hygiène et l'autonomie de leurs services de vaccination locale.

On a parlé, dit-on, de saisir le Conseil d'Etat de ces divers litiges.

Réouverture de la Faculté de médecine de Paris.— D'après décision du ministre, elle aura lieu le 16 décembre, jour de l'entrée en fonctions du nouveau doyen, M. Landouzy.

Concours pour dix emplois de médecins de colonisation de l'Algérie.—Un concours sera ouvert simultanément à Alger et à Paris en mars prochain, pour le recrutement de dix médecins de colonisation en Algérie.

Ce concours aura lieu devant un jury composé d'un Conseiller ou d'un Conseiller adjoint de Gouvernement, Président, de 3 Professeurs de l'Ecole de médecine désignés par le Gouverneur général et l'Inspecteur général des Services d'assistance.

Conditions d'admission au concours.

Pour être admis à prendre part à ce concours, les candidats devront justifier :

1° Qu'ils sont Français jouissant de leurs droits ;

3° Qu'ils sont docteurs en médecine d'une faculté française ;

3° Qu'ils sont âgés de moins de trente-cinq ans. Cette limite est reculée à quarante ans pour ceux qui justifieront de 5 ans de services dans les armées de terre et de mer ;

4° Qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement.

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent, les candidats devront faire parvenir au Gouvernement général, avant le 1er février 1908, en même temps que leur demande, les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance dûment légalisé ;

2° Leur diplôme de docteur en médecine ;

3° Un certificat de bonnes vie et mœurs, ayant moins de trois mois de date ;

4° Un extrait de leur casier judiciaire, remontant également à moins de trois mois ;

5° Un état signalétique et des services militaires ;

6° Les justifications de leurs titres ou travaux scientifiques et des services publics qu'ils auraient précédemment rendus ;

7° Un certificat d'un médecin assermenté par l'Administration, constatant leur aptitude à un service essentiellement actif.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée définitivement 15 jours au moins avant l'ouverture du concours ; un avis adressé aux candidats leur fera connaître le lieu où ils devront se réunir, et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Epreuves du concours.

Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une épreuve écrite sur un sujet d'hygiène ou de clinique intéressant plus spécialement l'Algérie (quatre heures sont accordées pour cette épreuve) ;

2° Une épreuve pratique de microscopie clinique ;

3° L'examen clinique de deux malades dont un atteint d'affection oculaire et l'autre plus particulière aux pays du nord de l'Afrique ;

4° Des interrogations portant sur un programme comprenant des notions sur l'hygiène, l'assistance publique, la médecine légale, les maladies communes dans l'Afrique du Nord, les éléments de zoologie appliquée à la médecine et à la pharmacie pratique.

Le programme détaillé sera adressé à chacun des candidats, sur sa demande.

NOTA.—L'épreuve écrite est subie simultanément à Paris et à Alger, elle décide de l'admissibilité des candidats qui sont appelés à subir les épreuves pratiques et orales à Alger.

Les épreuves sont cotées de 0 à 20. La valeur relative attribuée à chacune d'elles est exprimée par les coefficients suivants :

Épreuve écrite	3
Épreuve pratique de microscopie clinique .	1
Épreuve clinique de deux malades	3
Épreuves orales	3

Il sera tenu compte aux candidats : 1° *Des services rendus comme médecin intérimaire du service médical de colonisation ou stagiaire des hôpitaux de la Colonie, par une majoration allant de 5 à 25 points* :

2° De la connaissance des langues arabe ou kabyle, par une majoration fixée ainsi :

Diplôme ou prime de première classe . 25 points

Diplôme ou prime de deuxième classe . 18 points

Note 1 obtenue aux examens oraux annuels de l'Administration départementale : 12 points.

Pour être admis à subir les épreuves pratiques et orales, les candidats devront obtenir pour l'épreuve écrite, la moitié au moins du nombre maximum des points. Ne pourront être reçus définitivement que les candidats ayant obtenu, pour l'ensemble des épreuves, les 6/10 du nombre maximum des points.

Nomination

Les candidats définitivement reçus seront nommés suivant les nécessités du service à la 5e classe du grade de médecin de colonisation.

Alger, le 2 août 1907.

Pour le Gouverneur général ;

Le secrétaire général du Gouvernement,

Maurice Varnier.

Pour tous renseignements, s'adresser au gouvernement général de l'Algérie (direction de l'Intérieur, 2e bureau), et à l'Office du gouvernement général de l'Algérie, à Paris, Palais-Royal, 5, Galerie d'Orléans,

Bureaux d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour les villes ci-après dans les conditions respectivement déterminées par les arrêtés municipaux :

Versailles (Seine-et-Oise), arrêté municipal du 4 novembre 1907 ; traitement ; 4,000 fr.

Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées), arrêté municipal du 27 septembre 1907 ; traitement : 500 fr.

Néris (Allier), arrêté municipal du 21 octobre 1907 ; traitement : 500 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 12 décembre 1907, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

La demande doit préciser notamment la date de naissance du candidat et de la date des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la Commission du Conseil supérieur d'hygiène.

Office international d'hygiène. — Le président du Conseil municipal de Paris a informé le Conseil, dans sa dernière séance, qu'un office permanent pour l'étude des questions intéressant l'hygiène et les maladies épidémiques devrait être prochainement installé à Paris.

Le ministre des Affaires étrangères a demandé si la Ville de Paris serait disposée à accorder le local nécessaire.

L'administration propose à cet effet un appartement situé au premier étage du presbytère de l'église Saint-Leu, boulevard de Sébastopol. Cet appartement serait accordé moyennant un loyer de 1 franc par an et le remboursement des charges y afférentes.

Ces conclusions ont été adoptées.

Facultés et Hôpitaux.

— M. Huchard fera, tous les mardis de 9 heures à 11 heures, à l'hôpital Necker, des conférences avec présentation de malades cardiaques, causeries cliniques et thérapeutiques sur ces malades.

— M. Hirtz fera à partir du mois de janvier 1908, tous les mercredis, à 10 heures, à l'hôpital Necker, des conférences sur la thérapeutique des maladies des voies respiratoires, à l'exception de la tuberculose.

— M. Emile Sergent fera au service de la consultation de medécine de Necker, tous les matins, à 10 heures, des exercices de médecine pratique (interrogatoire et examen d'un malade ; discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques ; manière de formuler et de rédiger une ordonnance).

— M. Le Noir fera durant l'année scolaire, à l'hôpital Saint-Antoine, un enseignement élémentaire destiné aux étudiants de première année : jusqu'au 24 décembre tous les matins à 9 heures, conférences par le chef de service, ou l'un de ses assistants, sur les premières notions de la médecine (interrogatoire et examen des malades, séméïologique, éléments d'urologie et d'anatomie pathologique).

Après la conférence visite dans les salles et clinique élémentaire au lit des malades.

—Hôpital Saint-Antoine ; Radiologie médicale. — En dehors des deux cours de vacances annuels qui sont annoncés par des affiches spéciales, l'enseignement clinique de la radiologique est donné journellement dans le service de M. Béclère, comme il suit :

Tous les jours, dimanches exceptés, à 9 heures du matin, examen clinique des malades justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie (dermatoses, tuberculides, néoplasmes, adénopathies, leucémies, etc.)

Tous les jours, dimanches exceptés, à 9 heures du matin, traitement de ces malades avec l'aide des assistants libres du laboratoire, MM. Bélot, Haret, et Jaugeas.

Vendredi matin, à 10 heures, examen radioscopique des malades du service. Samedi matin à 10 heures, examen radioscopique des malades externes (exploration des poumons, des plèvres, des ganglions bronchiques, du cœur, de l'aorte, de l'œsophage, de l'estomac, etc.)

— M. Robineau fait, depuis le 25 novembre, à la consultation de chirurgie de la Pitié, des leçons de petite chirurgie pratique, les mardis et samedis à 10 heures 1/2. Tous les jours à 10 heures, examen de malades. Prière de s'inscrire à la consultation. Maximum : 10 élèves. Prix d'inscription : 50 fr.

— *M. Paul Dalché a commencé ses leçons cliniques* sur les maladies des femmes ; le jeudi 21 novembre, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure (laboratoire de la salle Serres).

— Sous la direction de M. P. Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de 18 conférences pratiques d'anatomie pathologique sera faite par M. Pautrier, sous-chef du laboratoire, depuis le mercredi 27 novembre, les lundis, mercredis et vendredis de 2 heures à 4 heures. Chaque séance est suivie d'une lecture de coupes et d'une distribution de coupes que les élèves colorent et gardent pour leur collection.

Le nombre des places est limité à 20. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux. Un droit d'inscription de 50 francs est dû par tous les autres auditeurs. Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

— A la suite de la fermeture de la Faculté, l'Association corporative des étudiants en médecine organise pour les étudiants de première année, des cours qui seront faits par des aides d'anatomie et des internes en médecine.

Ces cours sont réservés aux membres de l'Association. Droit d'inscription : 5 francs. Un cours d'ostéologie déjà commencé sera suivi ultérieurement de cours de myologie, d'angéiologie, etc.

— M. Hudelo fait, à la salle de consultation de l'hôpital Cochin-Annexe, tous les lundis, à 9 heures du soir à partir du 18 novembre une conférence clinique, avec examen de malades et présentation de moulages, sur la syphilis primaire et secondaire (chancrelle, herpès, blennorrhagie aiguë et chronique).

— M. Gasne a commencé à l'hôpital Beaujon, à la salle de consultation, un cours de clinique et de thérapeutique des maladies du système nerveux, avec présentation de malades, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. Comby fera à l'hôpital des Enfants-Malades, tous les mardis à 9 heures, des conférences de clinique et de thérapeutique infantiles. Les mercredis, à 9 heures, salle de Chaumont, examen des malades venus du dehors, conférences de clinique infantile.

— M. Brouardel fera les mardis et samedis à 10 heures du matin, à l'hôpital Tenon, à la salle de consultation, des conférences de clinique élémentaire avec examen de malades,

— M. P. Le Gendre a recommencé ses conférences de pratique médicale (thérapeutique et déontologie) le samedi 16 novembre 1907, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Sujet des conférences : Thérapeutique : L'alimentation des malades. Dyspepsies symptomatiques. Colopathie et colospasme. Les fièvres intermittentes. Les vertiges. Les bronchites et les bronchopneumonies. La collaboration médico-chirurgicale. Les gangrènes pulmonaires. Les méningites. Les anémies. Les émissions sanguines. — Déontologie : Le médecin et la mort. Formation intellectuelle et morale du médecin. Choix d'une spécialité, orientation professionnelle. L'installation et les débuts du praticien. Le médecin confident. Le médecin scolaire.

— M. Henri Claude, agrégé, a commencé ses conférences de pathologie du système nerveux, accompagnées de démonstrations cliniques et anatomiques, le mardi 12 novembre 1907, à 4 h. du soir, à la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique) et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Programme du cours : Maladies de la moëlle.

MM. Auffret et Gasne, chefs de clinique, ont commencé, le lundi 18 novembre 1907, à 5 h. un cours de clinique annexe sur la chirurgie infantile et orthopédique. Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure, et comprendra 30 leçons.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. Conférences d'ophtalmologie — MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Kalt et Valude, ont commencé, le mardi 19 novembre, à 1 heure des leçons cliniques qu'ils continueront les mardis suivants à la même heure.

Les leçons seront faites alternativement par les quatre médecins de la clinique.

Consultations et opérations à 1 heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Drochon, de Vihiers (Maine-et-Loire) ; Rousset, de Donzy (Nièvre) ; Orillard, de Richelieu (Indre-et Loire) ; Vacher, de Saint Denis-de-Piles (Gironde) et Beugnon, de Melun (Seine-et-Marne), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année N° 51 Dimanche 22 DÉCEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un syndicat peut-être nécessaire.

C'est celui des médecins et chirurgiens d'hôpital.

Nous n'avons pas le loisir, en ces quelques lignes, d'en développer le programme, mais quiconque est, ou fut médecin d'un hôpital, grand ou petit, a des idées sur ce sujet et devrait bien les développer en vue de la constitution d'un groupement de défense, si celui-ci est reconnu légitime, à côté des syndicats généraux.

Nous avons reçu plus d'une fois des représentants de l'Administration centrale de l'Assistance publique la suggestion de mettre cette question à l'étude.

Le mode de recrutement, le caprice et l'arbitraire des révocations étant une source perpétuelle de conflits et d'histoires plutôt redoutées des préfets et des ministres. « Quand il y aura un syndicat, nous disait-on, les intéressés se feront certainement octroyer des garanties qui leur manquent aujourd'hui ; ils ne seront plus le jouet de toutes les fluctuations de la politique locale et de la fantaisie de commissions hospitalières parfois incompétentes ; ils seront plus écoutés dans leurs demandes de progrès faites pour l'amélioration des établissements, etc., etc. »

Tout cela était juste et l'est de plus en plus.

M'est avis même que de graves faits nouveaux ont ajouté à ces arguments : tel le fameux « Tout compris » de l'article 4 de la loi accidents ; tels encore les abus commis par les malades payants, les pansements à quinze sous, les variations peu harmonieuses de la jurisprudence sur la portée du contrat qui lie le médecin à l'établissement hospitalier, et on pourrait facilement allonger la liste.

Le moment nous semble donc venu de passer la plume à nos lecteurs attentifs et compétents pour traiter cette question : « *Y a-t-il lieu de créer le syndicat général des médecins et chirurgiens des hôpitaux ?* »

Que tous ceux qui seront pour l'affirmative accordent moins de place, dans leurs *études*, à une discussion générale vague et imprécise, qu'à la rédaction d'un bon projet de statuts où ils auront cristallisé leurs vues et travaillé ainsi utilement à une réalisation prochaine.

Dr H. JEANNE.

VÆ SOLIS !!!

Tout Médecin a le devoir :

— De s'affilier au *Syndicat Médical de sa région*, groupement de défense professionnelle.

— De poursuivre le rattachement de celui-ci, à l'*Union des Syndicats Médicaux de France* (Dr NOIR, secrétaire général, 28, rue Serpente, Paris), soit directement, soit par l'intermédiaire des Fédérations régionales.

— De faire partie de l'*Association générale des Médecins de France* (5, rue de Surène, à Paris).

— Pour cela, il suffit de se faire admettre dans la société locale de son département. Les médecins qui résident dans les départements suivants : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ariège, Cantal, Corrèze, Indre-et-Loire, Lozère et Rhône, peuvent demander leur admission dans la société d'un département voisin ou dans la *Société centrale*, à Paris.

Tout Médecin a intérêt :

— A faire partie du «*Concours Médical*», 23, rue de Dunkerque, à Paris, et du «*Sou Médical*» (renseignements: Dr DE GRISSAC à Argenteuil), puissants groupements de défense inter-confraternelle.

— A adhérer aux *Œuvres de Prévoyance* (indemnité-maladie, retraite, etc.), patronnées par ces groupements et par l'Association Générale des Médecins de France. Renseignements au *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, à Paris.

Nous nous ferons un plaisir et un devoir de mettre ceux de nos Confrères qui le désireraient en rapport avec ces diverses œuvres de solidarité médicale.

N. D. L. R.

LES EXPERTISES MÉDICALES EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Ce qu'elles sont ; ce qu'elles devraient être ; huit cent mille francs d'expertises distribués à Paris suivant le caprice des juges.



Radiographie d'une fracture pour laquelle il a été ordonné une expertise et une contre-expertise.

Pour donner plus de précision aux documents très instructifs que nous publions ci-contre, nous reproduisons la radiographie d'une fracture pour laquelle il a été fait une expertise et deux contre expertis es.

Le Dr Thoinot, *médecin* des hôpitaux, s'était exprimé ainsi dans sa 1re expertise :

« (7) *Tertio*. — En résumé il résulte de notre examen que Peyrat a été atteint d'une fracture malléolaire de la jambe gauche.

(9 *bis*). Il résulte de cet accident une incapacité permanente partielle que nous évaluons aujourd'hui à cinq pour cent environ (5 %).

Le Dr Diverneresse avait conclu contrairement à l'expert en disant : Fracture au tiers inférieur, 30 % d'incapacité.

Pour savoir qui avait raison, une première contre-expertise est ordonnée par la Cour d'appel.

Les *seconds* experts, parmi lesquels se trouvait le Pr Thoinot, ont conclu : « (27) 1o Peyrat est, en raison de la fracture de jambe qu'il a subie au quart inférieur, en état d'incapacité permanente partielle.

(28) 2o Sa valeur industrielle est réduite d'environ quinze pour cent (15 %).

Le Dr Diverneresse persiste à affirmer que son blessé est atteint d'une fracture au tiers inférieur et de 30 % d'incapacité. La Cour ordonne alors une 2e contre-expertise à laquelle ne doit pas prendre part le Pr Thoinot. Les experts concluent cette fois comme le Dr Diverneresse. Voici leurs conclusions :

« *Radiographie* no 2.— Face postérieure. Mêmes détails que sur le cliché no 1. On reconnaîtra en outre : 1o que la *cassure du péroné siège à 10 cent. 1/2 au-dessus du sommet de la malléole externe*; 2o Que le trait du point de fracture du tibia descend obliquement pour aboutir en dedans à 5 cent. 1/2 au-dessus de la pointe de la malléole interne. Le cal qui remplit l'espace interosseux est très apparent..... 5o De ces quatre réponses et des lésions anatomiques, ainsi que des troubles fonctionnels décrits au cours de notre rapport, il nous semble résulter que Peyrat est atteint d'une infirmité permanente partielle qui diminue sa capacité de travail de 30 0/0.

Tout en donnant raison au Dr Diverneresse, les derniers experts se sont abstenus de dire s'il s'agissait de fracture malléolaire, comme le disait le Pr Thoinot ou d'une fracture au 1/4 comme le disaient les seconds experts, ou d'une fracture au 1/3 comme le maintenait le médecin du blessé. Ils se sont bornés à indiquer en toute loyauté que la fracture siégeait à 10 centimètres au-dessus de la malléole, laissant à chacun le soin de constater qu'une telle fracture est bien une fracture au tiers inférieur.

Comme plusieurs de nos confrères nous ont, à maintes reprises demandé de leur donner des modèles de certificats pour leurs blessés, nous sommes heureux de leur donner satisfaction en publiant tels qu'ils se trouvent dans le dossier de l'avoué et tels qu'ils ont été produits à l'audience de la Cour d'appel des certificats et des expertises faits par des personnes dont nul ne songe à discuter la compétence. Ils verront ainsi comment ils pourront faire des expertises, au besoin les critiquer et même en annuler les effets. Nous possédons depuis longtemps le dossier de cette affaire qui a été jugée il y a dix-huit mois. Si nous les publions en y laissant les noms des personnes qui y ont été mêlées, c'est pour laisser à ces pièces toute leur valeur documentaire ; si nous les publions si tardivement, c'est que nous voulions que chacun puisse se

faire une opinion en dehors des questions de personne, et avec toute l'impartialité, que l'on peut apporter en jugeant avec le recul qu'apporte le temps, une affaire, qui a perdu son acuité. Nous nous réservons d'ailleurs d'étudier, avec le même souci de la vérité, d'être utiles à nos confrères une série d'expertises que nous avons déjà ou qui ne manqueront pas de nous être envoyées.

Voici l'exposé de cette affaire et les réflexions qu'elle suggère :

COMMENT SONT EXPERTISÉS LES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

L'expertise médicale domine la loi sur les accidents du travail à la manière d'une Minerve inexorable mais impartiale. C'est l'idée que s'en firent les auteurs de la loi. A l'usage elle subit une singulière diminution de prestige et d'intégrité morale.

Pour l'accidenté, en effet, les garanties qu'elle lui offre sont illusoires et font désormais au législateur une obligation d'y porter remède et d'en assurer le bon fonctionnement.

Dans l'étude que nous consacrons aujourd'hui à cette importante question, nous allons, pour rendre notre thèse plus saisissante, lui donner le relief des faits en examinant trois espèces à notre connaissance. Les bons esprits la méditeront et en tireront probablement les mêmes conséquences que nous : notre législation est imparfaite pour assurer aux victimes d'accidents du travail les garanties auxquelles elles ont droit ; qu'on la modifie.

Comment choisit-on les médecins experts ?

La liste en est établie chaque année par le Président du Tribunal. Son choix est entièrement libre, subordonné à sa seule volonté et rien ne peut l'obliger de prendre en considération les titres des candidats.

Quel nombre d'affaires ont-ils à se partager ?

Le *Journal Officiel* du 17 mars 1907, page 2.165 nous donne la statistique des accidents du travail, en France, pour l'année 1906. Nous y trouvons que pour le département de la Seine le nombre des personnes tuées ou blessées est de 6.019. Ce chiffre représente un nombre à peu près égal d'expertises médico-chirurgicales. les 314 cas de mort qui y sont compris donnent lieu à des autopsies et à des rapports médico-légaux ; en outre plusieurs expertises sont souvent ordonnées pour la même affaire.

Chaque expertise est payée cent francs à l'expert ce qui fait un total d'environ **800.000 francs** à répartir entre eux, et ce chiffre va considérablement augmenter maintenant que la loi s'étend aux employés du commerce et de l'industrie, c'est près de **deux millions** et demi que vont toucher les experts à Paris seulement.

On pourrait croire qu'une sorte de roulement s'établit et qu'ainsi une part à peu près égale de cette somme leur est individuellement attribuée.

C'est ici qu'apparaissent les excès. Non seulement un roulement ne s'établit pas, mais une singulière préférence, un monopole pour ainsi dire, est accordé à quelques-uns d'entre eux, qui jouissent d'une sorte de privilège de la part du Tribunal. Les noms qui reviennent incessamment dans les ordonnances ou jugements sont ceux des docteurs Demoulin, Thoinot, Berger, Brissaud, Chaput, Sebileau, Brouardel, Courtois-Suffit, Vibert, rarement d'autres, soit 60.000 fr. environ pour chaque expert.

Par une coïncidence curieuse, la plupart de ces noms se retrouvent en première page d'une revue sur les accidents du travail, qui semble éditée sous le patronage des Compagnies d'assurances, fraternisant avec ceux de M. Peyssonier, avocat général à la Cour d'appel, de M. Duchauffour, qui préside au Tribunal de la Seine la chambre spécialement affectée au règlement des affaires d'accidents du travail.

Nous ne voulons pas dire par là que certains experts se seraient mis au service des compagnies. Mais, il se pourrait que, suivant leur tempérament ou même leurs opinions politiques et inconsciemment suggestionnés par des agents d'assurances qui brûlent sans cesse l'encens devant eux, quelques experts arrivent plus ou moins vite à considérer les ouvriers blessés sinon comme des simulateurs, au moins comme des victimes exagérant leur mal, *ainsi que le faisaient autrefois les médecins militaires*. Leurs dispositions d'esprit une fois connues, les agents d'assurances les rechercheront perpétuellement pour leurs expertises, et par habitude les juges accéderont aux désirs des représentants des Compagnies en désignant les experts qu'elles demandent.

La revue dont nous parlions plus haut (en supposant peut-être légèrement, mais avec de graves présomptions d'exactitude qu'elle était protégée par les Compagnies) accentue et précise ces dispositions d'esprit à cause de la nature de ses articles et de leurs inspirateurs. Il suffit d'en faire gratuitement le service aux magistrats, pour arriver à créer chez eux une mentalité spéciale qui les rende inconsciemment favorables aux compagnies, en leur faisant voir partout des simulateurs comme le médecin militaire d'autrefois voyait partout des carottiers.

Tout ceci serait de peu d'importance si une extension plus grande était donnée au choix de l'expert.

Mais l'expert proposé par la Compagnie reçoit toujours l'agrément du Tribunal, alors qu'on écarte impitoyablement le nom de celui prononcé par le blessé ou son avocat.

C'est un errement dangereux. Les compagnies, on le conçoit, proposent nécessairement ceux qu'elles considèrent comme animés d'un esprit favorable à leurs prétentions.

Ce n'est pas à dire que nous accusions de partialité les experts ainsi choisis. Leur situation matérielle est assez avantageuse pour les mettre à l'abri de ce soupçon, mais ils obéissent presque inconsciemment à des déterminantes que les Compagnies connaissent et dont elles profitent.

Le Dr Toulouse a, dans un article du *Journal* du 7 mars 1906, remarquablement mis en lumière quelques-unes d'entre elles.

« Actuellement, dit-il, dans une affaire pénale où l'avis de l'homme de l'art est obligatoire, c'est le juge qui désigne seul ce dernier.

« L'inculpé peut alors craindre que l'expert n'ait été choisi pour sa conformité de sentiments avec les tendances du tribunal. En vain lui dira-t-on que l'homme de l'art est libre de ses opinions, qu'il ne relève que de sa conscience, qu'il est l'expert non du tribunal, mais de la justice et de la vérité.

« L'inculpé sait aussi que, dans certaines matières où l'interprétation des faits est assez large, — par exemple en matière d'aliénation mentale ou de falsification d'aliments — on peut déduire du carac-

tère de l'expert, des opinions qu'il a manifestées dans ses travaux ou dans d'autres affaires, les conclusions qu'il émettra en toute conscience en un cas donné ; et partant sa désignation équivaudra au choix d'un arbitre hostile ou favorable à la partie.

« L'expert peut encore être partial à cause de ses idées systématiques ? Il est des savants qui apportent dans l'examen des faits et leur interprétation une prévention, une passion dont ils ne peuvent se corriger. Ils pèchent alors de bonne foi, mais le préjudice causé aux prévenus n'en est pas pour cela moins grave.

« Mais l'expert est parfois ignorant ; et alors quel danger de le laisser sans contrôle ? Des exemples fameux montrent que, dans ces conditions, des erreurs judiciaires monstrueuses ont été commises. Récemment, la Cour d'assises de la Seine-Inférieure condamnait une femme Druaux aux travaux forcés à perpétuité pour avoir empoisonné son mari et son frère qui, d'après l'expertise, avaient succombé à l'ingestion d'un poison violent. Un an après cette condamnation, une autre personne, habitant la même maison que la femme Druaux, mourait dans des conditions identiques. Les nouveaux experts commis démontrèrent que la cause de toutes ces morts était l'oxyde de carbone émané d'un four à chaux adossé à l'immeuble.

« Pour toutes ces raisons, il faudrait que l'inculpé désignât lui-même un expert, dont il pourrait opposer l'autorité à celle de l'expert du tribunal, comme, dans le débat judiciaire, il place son avocat en face du juge d'instruction et du ministère public.

« Le moindre bénéfice qu'on pourrait tirer de cette discussion, ce serait, ainsi que l'a montré le docteur Brouardel, une plus grande rigueur dans l'élaboration des rapports. L'homme de l'art, se sentant contrôlé par un confrère, s'efforcerait d'examiner avec plus de soin les éléments de l'affaire et serait plus prudent dans l'énoncé de ses conclusions. »

Au surplus, dans la matière qui nous occupe, *la grosse erreur des Tribunaux consiste à nommer expert un médecin quand il conviendrait d'indiquer un chirurgien.* Cette confusion peut avoir les plus graves conséquences. Dans une des affaires que nous nous proposons d'analyser, elle eût été effroyable sans l'énergie et parfois, disons le mot, la violence du médecin choisi par le blessé qui usa pour faire obtenir justice à son client, un ouvrier, de tous les moyens de droit et n'hésita pas à faire toutes les démarches nécessaires auprès de ses confrères.

A titre documentaire, nous placerons en note toutes les pièces de ce procès. Elles seront plus éloquentes et plus instructives que n'importe quel commentaire.

Il s'agissait d'un ouvrier, M. Peyrat, atteint dans son travail d'une fracture des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur.

On trouvera ci-dessous (1) divers certificats de personnalités médicales connues qui éclaireront le lecteur sur son véritable état et ne laisseront aucun doute sur la gravité de la fracture.

Ils furent délivrés à Peyrat, sur la demande de M. le Dr Diverneresse, médecin du blessé, à la suite d'un

(1) 1° Certificat de M. le Dr L. C., Chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine :

« J'ai examiné le 18 janvier 1906, dans mon cabinet le nommé Peyrat, en consultation avec le docteur Diverneresse. Cet homme me dit avoir subi en décembre 1904 un traumatisme qui lui a causé une fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur (à gauche). A l'heure actuelle, la marche est défectueuse, la région de la fracture est sensible. On obtient par la pression un mouvement au niveau des fragments du tibia.

Je pense qu'il a là une consolidation du péroné, mais *point de consolidation du tibia.*

Il serait urgent de faire une nouvelle radiographie sur le tibia de face et de profil. Après deux ans elle devrait être probante en ce qui concerne l'établissement du diagnostic. Si cette vérification était positive, une intervention opératoire s'imposerait, *car jusqu'à la consolidation il est incapable d'un travail actif.*

Le 18 janvier 1906. Signé : L. C.

2° Certificat de M. le Dr P., professeur de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux : « Je soussigné, chirurgien des hôpitaux, constate sur M. Peyrat une *pseudarthrose* tibiale (ce qui veut dire non-consolidation) à la jonction du 1/4 inférieur du tibia et des 3/4 supérieurs.

A la vérité cette pseudarthrose est très serrée, mais telle qu'elle est, *ne permet pas l'usage normal du membre* inférieur gauche. J'estime qu'il y a lieu *d'aviver et de suturer*. . . . . .

Paris, le 23 janvier. 1906. Signé : P.

3° Certificat de M. le Professeur R. : « Je soussigné, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de Médecine, certifie que j'ai examiné avec soin le nommé Peyrat, Alexandre, et que j'ai constaté une fracture classique des deux os de la jambe au tiers inférieur avec grande obliquité des fragments, raccourcissement du membre et déformation considérable.

Le péroné paraît consolidé, *mais il paraît très douteux que le tibia le soit également* et la radiographie qui a été faite en dernier lieu (19 janvier 1906) *semble indiquer une pseudarthrose.* Il y a une saillie du fragment supérieur en avant et en dedans ; l'axe de la jambe est dévié, il y a une double concavité du tibia, en avant et en dedans. Dans ces conditions, le blessé ne peut marcher ni faire de travaux actifs sans une fatigue rapide. Il y a donc une *incapacité relative de travail qu'on doit évaluer, à mon avis, à 25 ou 30 pour cent.*

25 janvier 1906. Signé : Dr R.

4° Certificat de M. le Professeur Le D., chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté :

Je soussigné, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et après avoir examiné le nommé Peyrat, Alexandre, demeurant 178, rue de Fontenay à Vincennes (Seine), certifie ce qui suit. La jambe gauche présente une déformation manifeste. Elle est incurvée en avant et en dedans. Il existe à la partie inférieure de la jambe vers la jonction des 3/4 supérieurs et du 1/4 inférieur un cal constitué aux dépens des deux os, cal complet du côté du péroné, incomplet du côté du tibia. Il y a donc défaut de consolidation de ce dernier os. D'ailleurs, on perçoit un certain degré de mobilité entre les deux fragments ; celle-ci serait plus accusée si le péroné complètement consolidé, ne faisait pas attelle par rapport au tibia. Comme l'accident date de deux ans, et que la fracture du tibia n'est pas consolidée, on doit considérer le défaut de consolidation comme définitif. J'estime qu'une infirmité de cette nature entraîne une diminution d'au moins 1/3 de la capacité du travail du sujet.

Une opération pourrait améliorer considérablement la situation du blessé et même le guérir entièrement, mais en lui laissant peut-être un peu de raccourcissement du membre. Je la lui conseille formellement.

27 janvier 1906. Signé : A. L. D

5° Certificat de M. le docteur S. chirurgien des hôpitaux :

Je soussigné Dr Ch. S., chirurgien des hôpitaux, certifie avoir examiné le nommé Peyrat (Alexandre); cet homme a été manifestement atteint d'une fracture de jambe au tiers inférieur ; le fragment supérieur du tibia a glissé légèrement en dedans et en avant, il en résulte un raccourcissement d'environ 2 centimètres et une augmentation marquée de la concavité interne de cette jambe ; 2° outre l'augmentation de la concavité interne, il existe une courbure dans le sens de la longueur. De tous ces faits il résulte pour moi que la gêne à la marche doit être assez grande, et que la station debout et prolongée qu'exige le travail manuel doit être très pénible étant donnée la date ancienne (31 décembre 1903) il est peu probable qu'il puisse se produire maintenant une grande amélioration à son état.

Paris le 9 novembre 1905 Signé : Dr Ch. S.

rapport de M. le Dr Thoinot (1) expert commis par le juge de conciliation. Nous donnons ci-dessous le texte de cette première expertise.

(Nous faisons remarquer au lecteur que les chiffres intercalés dans le texte indiquent les passages visés par l'analyse de M. le Dr Divernerresse et renvoient aux numéros correspondants des critiques que nous publions pages 905 et 907.)

Le Dr Thoinot fixe à 5 % la perte de capacité professionnelle. Les juges de première instance accordent alors au blessé une rente de 63 fr. Pour garantir le service de cette rente, la Compagnie devait fournir, aux termes des art. 26 et 28 de la loi accidents un cautionnement de 1302 fr. seulement (20 fr. 67, prix de rachat de 1 fr. de rente, × par les 63 fr. de rente allouée). Or dans la suite de cet article on verra qu'après deux contre-expertises, le blessé fût reconnu atteint de 30 % d'incapacité et que la *Cour d'appel* dût porter la rente à 382 fr. Ce qui obligea la Compagnie à fournir un cautionnement non plus de 1302 fr. mais de 7.895. L'expertise du Dr Thoinot faisait donc gagner à la Compagnie la différence entre le cautionnement de 1302 fr. qu'elle aurait fourni à la suite de la première expertise, et le cautionnement qu'il lui a fallu fournir après la deuxième contre-expertise, soit 6.593 fr. C'est aussi cette somme de 6.593 fr. que le

(1) **1° Expertise de M. le Dr Thoinot**

Je soussigné professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, commis par M. le Juge des conciliations en date du neuf juin mil neuf cent quatre, à l'effet d'examiner le sieur Peyrat, victime d'un accident du travail.

Ai procédé aux opérations prescrites à l'Hôpital Saint-Antoine, en présence du Dr Clerval, représentant de la compagnie défenderesse.

Primo. — Peyrat, âgé de 30 ans, chef de chantier de terrassement, allègue que, le 31 décembre 1903, il eut la jambe gauche écrasée par le passage d'une voiture. Transporté aussitôt à l'hôpital St-Antoine, salle Velpeau, il fut placé dans un appareil plâtré le 2 janvier 1904. Sorti de l'hôpital le 12 janvier, le membre blessé encore dans un appareil, Peyrat aurait gardé le lit chez lui pendant 3 semaines; il retourna après ce temps à l'hôpital où l'appareil fut définitivement enlevé ; il fut ensuite traité à son domicile par le Dr Boniface jusqu'au 3 juin.

Nous trouvons au dossier les pièces médicales suivantes :

Premièrement une lettre du Dr Langle adressée au Directeur du « Syndicat de Garantie » Dans cette lettre datée du 28 mai 1904, le Dr Langle déclare avoir visité le jour même le sieur Peyrat victime le 31 décembre 1903 d'une fracture compliquée des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur *fracture dite « bimalléolaire »*. Il a constaté l'existence d'un cal douloureux au niveau du trait de fracture du tibia.

L'articulation tibio-tarsienne est légèrement empâtée, elle est le siège d'une arthrite qui gêne notablement les mouvements de flexion et d'extension du pied. Le Dr Langle estime que le blessé a encore besoin d'un mois de repos et il craint qu'il ne subsiste une incapacité partielle.

Deuxièmement. Une note de la Direction de l'Hôpital St-Antoine, délivrée à notre demande le 15 juin 1904 et établissant que le sieur Peyrat a été soigné salle Velpeau du 31 décembre 1903 au 12 janvier 1904, pour une fracture malléolaire de la jambe gauche.

Secondo. — L'examen que nous avons pratiqué nous a donné les résultats suivants.

Peyrat a les apparences d'une robuste constitution ; il est bien musclé et son état général paraît satisfaisant.

La jambe gauche du demandeur est assez fortement déformée au niveau de son tiers inférieur un peu au dessus de l'articulation tibio-tarsienne elle est à ce niveau plus volumineuse que la jambe droite, sans qu'il y ait infiltration œdémateuse des tissus et la mensuration accuse en effet une augmentation de la circonférence de ce segment du membre de deux centimètres.

On constate, à six centimètres au-dessus de la malléole interne, une petite cicatrice brunâtre allongée, mesurant un centimètre de long sur six à sept millimètres de large, non adhérente aux tissus sous-jacents et qui semble bien être contemporaine de la fracture du tibia. Le blessé explique du reste cette lésion par l'empreinte d'un caillou acéré qui au moment du traumatisme se serait assez profondément fixé dans les tissus.

(3) La palpation de la partie lésée révèle sur le tibia, au-dessus de la malléole interne la présence d'un cal suffisamment prononcé pour effacer la saillie de cette malléole.

Le pied gauche est un peu plus volumineux que le droit, son bord interne est légèrement épaissi et forme une concavité plus marquée que celle formée par le pied opposé.

(4) Dans sa direction générale, ce pied est très légèrement dévié en varus c'est-à-dire tourné vers la ligne médiane du corps, mais cette déviation n'est pas assez prononcée pour qu'il ne repose pas sur le sol par ses points d'appui normaux.

Les mouvements dans l'articulation tibio-tarsienne sont parfaitement libres, nous ne constatons pas d'arthrite de cette région.

Les doigts du pied jouissent de tous leurs mouvements.

L'articulation du genou est normale. La mensuration révèle un centimètre d'atrophie des muscles de la jambe gauche au niveau du mollet et deux centimètres d'atrophie de la cuisse gauche à dix centimètres au-dessus de la rotule (4 bis).

(5) **Il ne paraît pas y avoir de raccourcissement de la jambe ; si ce raccourcissement existe, ce qui est difficile à établir en raison de la délicatesse des mensurations à ce propos, il est assurément inférieur à cinq millimètres.** La sensibilité sur toutes les portions du membre est intacte.

La marche se fait à petits pas; le blessé déclare ne pouvoir se passer du secours d'une canne et n'appuie le pied sur le sol qu'avec précaution, en notre présence il assure éprouver à chaque contact avec le sol, une douleur assez vive au niveau de son cal osseux.

(6) **Nous avons constaté que sans être très aisée, ni parfaite, la marche est plus hardie et paraît moins pénible lorsque le demandeur ne se croit plus observé.**

(7) *Tertio.* — **En résumé il résulte de notre examen que le sieur Peyrat a été atteint, le 31 décembre 1903, d'une fracture malléolaire de la jambe gauche.**

Les conséquences de cet accident sont, au point de vue anatomique, la présence d'un cal au niveau de la face interne de la partie inférieure du tibia et la déformation de la région, déterminée par ce cal. Cette lésion est définitive et ne paraît point susceptible de régression. Il n'en est pas de même de la légère atrophie de la jambe et de la cuisse.

(7 bis). Ce sont là des troubles purement dynamiques liés au repos conservé par le membre durant toute la durée du traitement; ils disparaîtront avec la reprise des fonctions de ce membre .

Au point de vue fonctionnel, les troubles de la marche présentés par Peyrat sont indéniables, mais plus légers en somme qu'il ne l'accuse.

Nous estimons, étant donnée l'intégrité parfaite de l'articulation du cou-de-pied, que cette marche est susceptible de s'améliorer dans une assez forte mesure sous l'influence même de la reprise du travail qui habituera le blessé à s'accommoder avec sa lésion; et si elle ne redevient pas absolument normale, ce que nous croyons, elle ne nous paraît en tous cas ne devoir entraver que d'une façon relativement faible actuellement et de plus en plus faible dans l'avenir, les occupations ordinaires du demandeur.

(8) Il y a incapacité permanente partielle **et l'estimant au taux actuel**, en fixant la consolidation à ce jour, nous proposons de l'évaluer à cinq pour cent environ (5 %). Nous conclurons donc :

(9) Peyrat a été atteint le 31 décembre 1903, d'une fracture de la partie inférieure de la jambe gauche.

(9 bis) Il résulte de cet accident une déformation de la partie atteinte du membre et une certaine gêne de ses fonctions motrices, d'où incapacité permanente partielle que nous évaluons aujourd'hui à cinq pour cent environ (5 %).

(10) L'époque de la consolidation peut être fixée au 15 juin 1904. Le 17 juin 1904.

Signé : Docteur THOINOT.

Visé pour timbre et enregistré à Paris le 20 juin 1904, n° 788, gratis.

médecin choisi par le blessé (pour le défendre) a coûté à la Compagnie.

Voilà surtout pourquoi les Compagnies empêchent les blessés de choisir leur médecin et combattent avec autant d'acharnement les cliniques d'accidents du travail.

«Cela nous serait bien égal, disait un agent d'assurances à un médecin, de payer vos soins au Tarif Dubief et même à un tarif plus élevé, si les médecins voulaient consentir à ne plus faire les certificats d'accidents, *et surtout s'ils ne voulaient plus se permettre de critiquer les rapports des experts.* »

C'est là, en effet, que l'intervention du médecin leur coûte cher. Revenons à l'affaire Peyrat.

Peyrat veut faire appel du jugement qui lui alloue 63 fr. de rente. L'assistance judiciaire lui est refusée. La générosité d'un philanthrope lui permet de suivre l'instance à ses frais.

L'affaire est appelée à la 7e chambre de la Cour et l'avocat donne lecture d'un certificat de M. le Dr Diverneresse (1).

La Cour ordonne alors une nouvelle expertise. Elle choisit les Drs Monod et Chaput, mais elle croit devoir leur adjoindre le Dr Thoinot. Celui-ci va donc se trouver dans l'instance qui est un peu son propre procès, juge et partie. Mais c'est un dilemne qui les lie. Devant le formidable réquisitoire élevé par le Dr Diverneresse contre le rapport du Dr Thoinot, il va falloir déclarer qui des deux à raison. Or la distance est longue entre eux deux. Le Dr Thoinot conclut en attribuant 5 % à la diminution de capacité professionnelle, le Dr Diverneresse estime au contraire, cette incapacité à 30 %.

Que vont dire les nouveaux experts ? On trouvera ci-dessous leur rapport (1).

---

(1) **1er Certificat-Critique de l'expertise.**

Je soussigné, Dr en médecine, domicilié à St-Mandé, 18, rue du Lac, certifie que le 8 juillet à 8 heures du soir, s'est présenté à mon cabinet une personne qui a déclaré se nommer Peyrat (Alexandre), être âgé de 31 ans, habiter Vincennes, 178, rue de Fontenay et avoir été victime d'un accident pendant qu'il travaillait pour le compte de son patron le 31 mars 1903. Il m'a présenté une radiographie du membre blessé et un rapport du Dr Thoinot expert qui au tertio de ses conclusions (voir le no 7) définit le traumatisme subi par Peyrat : « une fracture malléolaire » et (au no 9) « une fracture de jambe à la partie inférieure. ». Il existe entre ces termes une contradiction aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Sans doute l'expert a pensé qu'une fracture qui siège à 3 centimètres 1/2 pour le tibia et à 5 centimètres pour le péroné pouvait être appelée indifféremment une fracture malléolaire ou une fracture de jambe.

Nous n'insisterions pas sur cette distinction pour engager une vaine querelle de mots, mais il y a une différence énorme entre le pronostic d'une fracture de jambe qui est souvent très grave et d'une fracture malléolaire qui ne laisse que de légers troubles. En admettant qu'il s'agisse d'une fracture au niveau des malléoles, l'expert en disant au no 7 de son rapport que le blessé est atteint « d'une fracture malléolaire », emploie une expression inexacte et incomplète, car en disant «fracture malléolaire » il pourrait laisser croire qu'il s'agit d'une fracture d'une seule malléole, tandis qu'en réalité les 2 os de la jambe ont été fracturés, et que, s'ils l'avaient été au niveau des malléoles comme l'admet l'expert, le rapport devrait dire une *fracture bi-malléolaire.*

Enfin dans un passage de son rapport (voir renvoi no 2), M. l'expert dit qu'au dossier figure une note de la Direction de l'hôpital St-Antoine délivrée à la demande de l'expert le 15 mai 1904, disant que Peyrat a été soigné pour une fracture malléolaire. Il y a contradiction entre cette note et un certificat de l'interne de service figurant aussi au dossier, qui établit à la date du 25 avril 1904 » que M. Peyrat a été soigné à l'hôpital pour une *fracture des 2 os de la jambe.*

Il est manifeste en effet que M. Peyrat a eu le tibia fracturé à 3 centimètres 1/2 au-dessus de la malléole et le 2e os, le péroné, a été fracturé comme cela se passe habituellement un peu plus haut à 5 centimètres au-dessus de la malléole. Dans ces conditions on doit affirmer et j'affirme que cette double fracture n'a absolument rien de malléolaire et qu'elle doit être définie : une fracture des 2 os de la jambe au 1/3 inférieur avec consolidation vicieuse, double déformation de la jambe et déplacement de l'os d'où une gêne fonctionnelle notable qui entraîne une incapacité permanente partielle d'environ 30 % étant donné la profession de terrassier qu'exerce le blessé.

Cette fracture de 2 os de la jambe est du reste établie par la radiographie dont ne parle pas M. l'Expert. Ces faits cliniques et radiographiques n'eussent pas échappé à la compétence d'UN CHIRURGIEN des hôpitaux. Nous comprenons toutefois qu'un MÉDECIN DES HOPITAUX, qui ne soigne jamais de fracture dans sa clientèle hospitalière et probablement jamais dans sa clientèle de ville se soit trouvé embarrassé pour préciser la variété et les conséquences de la fracture dont M. Peyrat est atteint.

Le Pied en varus.

A l'annotation 4 de l'expertise, M. l'expert dit : « le pied gauche est très légèrement dévié en varus. » Nous regrettons d'être encore en désaccord avec M. l'expert: cliniquement et anatomiquement le varus est caractérisé par une mauvaise position, une déviation du pied dans l'articulation elle-même, dans la mortaise articulaire. Or, chez M. Peyrat, le pied est anatomiquement bien placé dans l'articulation, et, s'il est dévié, c'est parce que l'axe de la jambe est dévié à cause de la fracture des 2 os, l'axe de la jambe tombe en dehors et en arrière du milieu de l'articulation tibio-tarsienne. Il en résulte que, pour se maintenir en état d'équilibre, le blessé est obligé de tenir ses muscles en état de contraction permanente. Aussi sent-on au niveau du cal du péroné les tendons des péroniers latéraux tendus comme des cordes. Il en résulte qu'au bout de très peu de temps, M. Peyrat se déclare fatigué et gêné pour son travail.

J'ai constaté des troubles de la circulation dans le membre blessé, les veines du pied sont plus variqueuses du côté malade que du côté sain. Comme conséquences la peau est plus mal nourrie, les téguments sont rouges au niveau du 1/3 inférieur de la jambe, ce qui est l'indice qu'il y aura bientôt sur ce membre de l'eczéma ou des ulcères variqueux. Ces troubles très visibles ne devaient pas exister au moment de l'expertise puisqu'il n'en est pas fait mention. En mesurant les 2 mollets à 0,25 c. au-dessus de l'extrémité inférieure de la malléole, au lieu d'un écart d'un centimètre, je trouve 0,02 1/2 de différence entre les 2 mollets, 37 centimètres au côté sain, 34 1/2 pour le côté malade, soit 8 % d'atrophie pour le côté malade. Si au lieu de faire la mensuration de la cuisse à 10 centimètres au-dessus de la rotule, comme il est dit au renvoi 4 bis du rapport, on la fait au point où les muscles sont les plus développés, et où, par conséquent, l'atrophie sera le plus sensible, au lieu de trouver comme l'expert 0,02 de différence, on trouve pour la circonférence de la cuisse saine 52 et pour la cuisse malade 47, soit 5 centimètres de différence et une atrophie de 11 % pour la cuisse malade.

En résumé à cause de la déviation de l'axe de la jambe, la station debout, la marche seront donc beaucoup plus difficiles après l'accident, les troubles dans la circulation ajoutés à la déformation rendent déjà et pour toujours tout travail de force beaucoup moins possible. Un médecin en considérant cette lésion chez un homme faisant un travail de bureau pourra peut-être estimer à un taux peu élevé l'incapacité qui en résulte. Mais un chirurgien ou un médecin ayant un peu l'habitude des conséquences d'un traumatisme chez l'ouvrier qui fait des travaux de force, considèrera que cette fracture des deux os de la jambe constitue une diminution très notable de la capacité de travail d'un ouvrier appelé à porter des fardeaux et à prendre tout son appui dans l'effort sur ses jambes. En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat en exécution de la loi sur les accidents du travail.

---

(1) **1re Contre expertise**

Nous soussignés, chirurgiens et médecin des hôpitaux de Paris, commis par un arrêt de la 7e chambre de la Cour à l'effet de dispensés du serment, prendre connaissance de tous certificats médicaux versés aux débats et notamment du certificat médical du Dr Diverneresse du 25 juillet 1905, **nous entourer de tous ren-**

Et maintenant que vous avez lu ce document, discernez dans cette querelle scientifique la part d'animosité professionnelle et dans l'argumentation le souci de ne pas déplaire à un confrère titré, pourvu, doté de la confiance d'un tribunal, et vous apprécierez dans toute sa saveur, parmi l'enveloppement des périphrases et des mots techniques le côté profondément comique, s'il n'était tragique par ailleurs, de ce document. Il exhale je ne sais quel souffle de mépris pour le médecin de l'ouvrier qui en infirme le raisonnement. Il faut pourtant conclure, mais devant l'évidence des faits, il est impossible de déclarer que le Dr Thoinot a tout à fait raison et l'on s'arrête à une demi-mesure en estimant à 15 % le taux de l'incapacité; on veut partager, ne pas trop donner tort au Dr Thoinot, et surtout ne pas donner raison au Dr Diverneresse. Il faut sauver aux yeux du Tribunal la bonne renommée de la science officielle, au moyen d'une ingénieuse explication des conclusions Thoinot.

---

seignements utiles à la manifestation de la vérité, visiter Peyrat et dire s'il est atteint d'une infirmité permanente du fait de l'accident qui lui est survenu le 31 de décembre 1903, en apprécier le quantum, nous expliquer sur tous dires et contestation des parties.

Avons procédé le 4 décembre aux opérations prescrites par la Cour au cabinet de l'un de nous, en présence des avoués des parties, de M. le Dr Diverneresse et d'un délégué du syndicat de l'Union Parisienne défendeur de la cause.

Les parties nous ont remis les pièces suivantes.

Une radiographie de la jambe blessée du sieur Peyrat, en date du 4 janvier 1905.

(11) Un certificat de M. le docteur Souligoux, en date du 9 novembre 1905.

Deux certificats de M. le Dr Boniface en date des 22 avril 1904 et 29 mai 1904.

Un certificat de M. le Dr Diverneresse en date du 25 juillet 1905.

Enfin, nous avons eu à notre disposition le rapport précédemment établi par l'un de nous, en date du 17 juin 1904, et les pièces sur lesquelles ce rapport avait été établi.

I

Nous rappelons tout d'abord sommairement que le sieur Peyrat a subi, le 31 décembre 1904, une fracture de la jambe gauche ; qu'il lui fut appliqué un appareil plâtré qui demeura en place jusqu'au 2 février 1904 ; il commença à marcher avec des béquilles après l'enlèvement de l'appareil et au commencement du mois de juin marchait comme il le fait encore aujourd'hui, avec une canne.

(12) L'un de nous, le Dr Thoinot, commis le 9 juin 1904 par M. le Président des conciliations, avait examiné le sieur Peyrat, conclu à l'existence d'une fracture de la partie inférieure de la jambe gauche, entraînant une déformation de la partie atteinte du membre et une certaine gêne de ses fonctions motrices, d'où incapacité permanente et partielle évaluée à cinq pour cent (5 %).

Par jugement en date du 25 novembre 1904, le tribunal adopta les conclusions de l'expert et alloua au sieur Peyrat, une rente annuelle et viagère de 63 fr. 65 à compter du 15 juin 1904.

C'est de ce jugement que le sieur Peyrat appelle aujourd'hui, prétendant qu'il n'a pas été fait une appréciation exacte de son état : il réclame une rente viagère de 640 fr., nous semblant correspondre à une réduction de valeur de près de soixante pour cent (60 %).

II

L'examen actuel nous a donné les résultats suivants :

Peyrat semble d'assez bonne santé générale.

La jambe gauche présente une concavité interne plus marquée que la droite.

Les 2 malléoles gauches sont moins saillantes qu'à droite.

(13) On constate sur le péroné l'existence d'un cal assez volumineux long de 0,04 c. qui commence à 7 c/m de la pointe de la malléole externe.

A la région inférieure et interne du tibia, on constate l'existence d'une saillie tranchante un peu convexe en bas, occupant toute la largeur de cette face, et située à 4 c/m de la pointe de la malléole interne.

A la face postérieure du tibia, nous percevons une saillie marquée correspondant à une hyperostose du fragment supérieur qui occupe une hauteur de 3 à 4 c/m.

A la face externe du fragment supérieur du tibia existe une forte hyperostose s'étendant jusque vers le péroné et occupant une hauteur de 3 travers de doigt environ.

(14) **Le tibia gauche, de la pointe de la malléole interne à l'interligne du genou, semble mesurer 34 cm. 1/2; le tibia droit 36 cm. 1 2, d'où probabilité d'un léger raccourcissement de 2 cm. environ.**

Les mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction du pied gauche sont normaux.

(14 bis) Pas de choc astragalien. Les 4 derniers orteils sont en hyperextension sur le dos du pied ; le blessé déclare que le contact du soulier avec les orteils est douloureux : il n'existe cependant pas de traces de frottement de la chaussure sur les orteils.

(15) **L'un de nous a constaté une mobilité anormale au foyer de la fracture, de nature à faire croire à une absence de consolidation, mais nous n'insistons pas sur ce point d'appréciation fort délicate, et qui n'est pas absolument établi.**

La circonférence du mollet gauche est de 34 c/m. 1/2 celle du mollet droit de 37 c/m.

Les saillies musculaires de la cuisse gauche sont beaucoup moins marquées qu'à droite.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

La voûte plantaire est un peu plus concave à gauche qu'à droite ; dans la station debout, le pied gauche est plus en adduction que le droit.

Dans la station debout, le tibia gauche décrit une concavité marquée en avant : un plan vertical à la face postérieure du mollet tombe beaucoup plus en arrière du talon à gauche qu'à droite.

Peyrat se plaint de souffrir dans la région de la fracture et au niveau de l'articulation du cou-de-pied, il marche avec une canne en boitant : il déclare ne pouvoir reprendre son ancien travail, il garde maintenant les chantiers ; il souffre quand il est longtemps debout et ne peut, dit-il, porter de fardeaux un peu lourds.

Examen des radiographies.

(15 bis) La radiographie n° 1 nous revèle une fracture très oblique du tibia au 1/4 inférieur (obliquité en bas et en dedans), avec transport du fragment inférieur en dehors, et du fragment supérieur en dedans.

(16) La radiographie n° 2 permet de voir en outre que le fragment supérieur est dévié en arrière, tandis que l'inférieur est porté en avant.

III

Nous pouvons maintenant fixer l'état de Peyrat, déterminer son degré d'incapacité et nous expliquer sur les dires et observation des parties.

L'ensemble des renseignements et des constatations précédentes nous permet d'affirmer que Peyrat a été atteint d'une fracture de jambe très oblique, consolidée en mauvaise position avec déplacement du fragment supérieur en dedans et en avant et du fragment inférieur en dehors et en arrière.

La jambe est concave en avant, convexe en arrière ; sur la radiographie 1, on voit que l'axe du fragment supérieur tombe en dedans du milieu de l'astragale ; sur la radiographie 2 l'axe du fragment supérieur tombe en arrière de l'axe vertical de l'astragale.

Ajoutons les hyperostoses des faces postérieure et externe du tibia.

Ces lésions sont de nature à expliquer les douleurs éprouvées par le blessé et la gêne fonctionnelle.

Le sieur Peyrat est en état d'incapacité permanente partielle.

(17) Quelle est donc le taux de cette incapacité ? Il nous paraît d'une part un peu plus élevé que le rapport précédent de l'un de nous ne l'avait admis, et d'autre part beaucoup moins considérable que le blessé ne l'allègue.

(18) En fixant à 5 % le déchet industriel permanent de Peyrat, le Dr Thoinot se basait sur les troubles anatomiques et fonctionnels laissés par la lésion MAIS ESCOMPTAIT une disparition de l'atrophie musculaire sous l'influence de l'exercice.

Cette modification n'a pas eu lieu ; il semble même que l'atrophie ait progressé, d'où nécessité de relever le taux admis par le Dr Thoinot.

(19) D'autre part, l'incapacité ne saurait correspon-

« En fixant, est-il dit dans ce rapport, à 5 % le dé-« chet industriel permanent de Peyrat, le Dr Thoinot « se basait sur les troubles anatomiques et fonction-« nels laissés par la lésion, mais escomptait une dis-« parition de l'atrophie musculaire sous l'influence « de l'exercice.

Cette modification n'a pas eu lieu, il semble même « que l'atrophie ait progressé, d'où nécessité de rele-« ver le taux admis, par le Dr Thoinot. »

C'est une couronne de roses, mais les confrères ne sont pas sans en apercevoir les épines.

Nous devons faire ici remarquer que la jurisprudence que le Dr Thoinot et quelques autres experts voulaient faire établir, devait être fort agréable aux compagnies d'assurances. D'après eux les troubles produits par l'hystéro-traumatisme ne devaient pas entrer en ligne de compte pour l'estimation de l'incapacité de travail. Ces troubles devaient être guéris radicalement par le prononcé du jugement.

Depuis deux ans, la 4e chambre du Tribunal de la Seine avait accepté cette manière de voir, singulièrement favorable aux compagnies et préjudiciable aux blessés. Les tribunaux de province semblent avoir sur la question une façon de voir plus saine, comme le prouvent les deux jugements ci-dessous (1) qui corroborent la manière de voir la loi qui est

---

dre au taux allégué par le blessé ni même à celui que fixe M. le Dr Diverneresse (30 %).

Si la déformation anatomique laissée par la fracture est très marquée chez Peyrat, la fonction même du membre, qu'il faut seule considérer, a été beaucoup moins atteinte : Peyrat conserve l'entière liberté de son articulation tibio-tarsienne et de son genou, double intégrité fort importante dans le fonctionnement du membre.

Il reconnaît que, s'il ne se croit plus apte à être terrassier, il exerce un métier de surveillant de chantier, qui exige un degré assez important de liberté de la marche et de la station debout.

La compagnie défenderesse, prétend et nous demande de consigner, mais nous ne faisons que rapporter cette déclaration sans nous en faire garants, que Peyrat aurait été il y a quelque temps assez activement mêlé à des travaux de voirie à St-Mandé : elle aura à faire ailleurs que devant nous la preuve de cette allégation.

Il nous semble équitable de fixer à quinze pour cent (15 %) la réduction de valeur subie par Peyrat.

Le docteur Diverneresse a produit devant nous plusieurs allégations dont la substance se trouve d'ailleurs dans le certificat délivré par lui au sieur Peyrat le 25 juillet 1905.

Nous devons nous expliquer sur ces allégations, nous laisserons de côté la forme peu modérée que le Dr Diverneresse a donnée à son certificat, nous ne discuterons que les arguments présentés par lui en faveur d'une élévation notable du taux de l'incapacité.

Le Dr Diverneresse estime que c'est au plus grand préjudice du blessé que le Dr Thoinot a parlé de fracture malléolaire.

(20) En réalité, si l'on se rapporte au texte même du rapport de l'expert, on peut se convaincre que le Dr Thoinot n'a pas utilisé l'expression pour son propre compte, mais seulement en citant le Dr Langle et une note de l'hôpital St-Antoine.

(21) C'est à une fracture de *la partie inférieure de la jambe gauche* qu'a conclu l'expert, ce qui, dans le langage médical, ne saurait être admis comme synonyme de fracture malléolaire.

(22) Contrairement à ce qu'avance expressément le Dr Diverneresse, il est heureux pour son blessé qu'il y ait eu fracture de jambe et non fracture malléolaire, les fractures malléolaires étant souvent plus graves dans leurs suites que les fractures de jambes proprement dites.

(23) Le Dr Diverneresse déclare que le Dr Thoinot n'a pas parlé de la radiographie de la jambe de Peyrat, le Dr Diverneresse ayant eu cette radiographie sous les yeux a dû cependant y lire la date du 4 janvier 1905 qu'elle porte expressément.

Il était difficile dans un rapport fait en juin 1904, de parler d'une radiographie qui ne fut faite que six mois plus tard.

(24) Le Dr Diverneresse déclare que le varus consiste en une déviation du pied dans la mortaise articulaire ; nous considérons cette assertion comme une erreur, un pied sain peut en effet être placé physiologiquement en varus sans aucune altération de l'articulation tibio-tarsienne.

(25) M. Diverneresse signale les saillies des tendons des péroniers latéraux, et des troubles de la circulation du membre blessé, « qui sont l'indice qu'il y aura bien-« tôt sur ce membre de l'eczéma ou des ulcères vari-« queux. »

Nous n'avons constaté ni la saillie des péroniers, ni les troubles de circulation, et nous pensons que M. Diverneresse, en annonçant de l'eczéma ou des ulcères variqueux, a émis une proposition gratuite que rien ne justifie.

(26) Nous pensons qu'il n'y a pas lieu de suivre le Dr Diverneresse dans l'appréciation qu'il fait du taux de l'infirmité du sieur Peyrat.

Nous estimons enfin qu'il n'y a rien à changer à la date de la consolidation proposée par l'un de nous dans le rapport qu'il a rédigé en juin 1904.

Répondant aux questions qui nous sont posées par la Cour nous dirons :

(27) 1° Peyrat est, en raison de la fracture de jambe qu'il a subie le 31 décembre 1903, au quart inférieur, en état d'incapacité permanente partielle.

(28) 2° Sa valeur industrielle est réduite d'environ quinze pour cent (15 %).

(29) 3° La consolidation se place au 15 juin 1904.

Ce 17 décembre 1905.

Signé : Dr L. Thoinot, Chaput, Monod.

En marge, on lit la mention suivante : Visé pour timbre, enregistré à Paris, le 21 décembre 1905. N° 1770. Gratis.

(1) *Cour de Caen, Arrêt du 26 juillet* 1905.
Rec. Caen 1906, 94.

Hystéro-traumatisme. — Pour le règlement de l'indemnité due à un ouvrier victime d'un accident du travail, il n'y a lieu de tenir compte que de son état actuel et l'on doit considérer comme absolue l'incapacité résultant, dans l'espèce, d'une hystérie traumatique, dès qu'il est établi que la victime est hors d'état de se livrer à un travail quelconque, alors même qu'une guérison serait vraisemblable.

La loi du 9 avril 1898 n'ayant pas dérogé à l'article 1780, C. civ., la rente allouée à l'ouvrier blessé est payable à terme échu.

Tribunal civil de Roanne du 7 novembre 1906.
Mon. de Lyon, 14 novembre 1906.

Hystéro-traumatisme. — L'incapacité de travail consécutive à un hystéro-traumatisme doit être considérée comme permanente, en dépit de l'éventualité toujours probable de la guérison en pareille matière ; et, en raison des dispositions impératives de la loi forfaitaire du 9 avril 1898, cette éventualité ne permet pas au juge de réduire le taux de l'incapacité.

Critique de la 2e expertise

Par le Dr Diverneresse.

1re Partie.

L'appréciation de l'incapacité à 15 %.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le 15 janvier 1906, M. Peyrat s'est présenté à mon cabinet porteur d'une copie d'un rapport médico-légal, dressé par MM. les Drs Monod, Thoinot, et Chapus, experts désignés par la 7e chambre de la cour d'appel de Paris, M. Peyrat me demandait de formuler par écrit les observations médicales que je croirais devoir faire sur ce rapport.

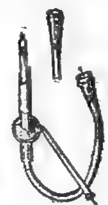
Historique. — Dans une expertise faite le 17 juin 1904, M. le Dr Thoinot, médecin, et non chirurgien, des hôpitaux, concluait que Peyrat était atteint d'une fracture, que cet expert appelait « fracture malléolaire ou « fracture à la partie inférieure de la jambe » et il fixait à 5 % le « Taux actuel » de l'incapacité au jour de l'expertise.

Le Tribunal adopta les conclusions du Dr Thoinot. Mais Peyrat fit appel et son avocat me chargeait alors de lui donner mon appréciation sur l'expertise du Dr Thoinot et sur l'état de la victime.

Le 8 juillet 1905, je délivrai un 1er certificat où j'affirmai que la fracture de Peyrat n'avait rien de malléolaire

L'OMNIUM DES CONSTIPÉS

« **Les 5 Produits Châtelguyon-Gubler** constituent un traitement complet de la **Constipation** et de l'**Entérite** ».

		INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
(1 **EAU** DE **GUBLER** — Déconstipante		Constipation chronique. Entérites. Dyspepsies intestinales. Colonialites.	**Régime** : aux repas, mêlée aux boissons, quantité à volonté. **Cure** : 3 f. p. j., 1 h. av. les repas, 1/2 v. à 2 v., 5 à 6 semaines. (*Régulateur de l'intestin ; puissant modificateur local et général*).
2) **COMPRIMÉS** DE **C.G.-GUBLER**	 Laxatifs.	Toutes les constipations. Entérite muco-membraneuse.	8 à 10, pour 1/2 verre d'eau pure ou de Seltz, à jeun. (*Effet rapide ; pas d'accoutumance*).
 Purgative	(3 **GUBLER CONCENTRÉE**	Constipation chronique. Embarras gastriques. Maladies du foie. Congestions viscérales. Congestions cérébrales.	1 verre, le tiers de la bouteille, en 2 fois, à jeun. (*Purgation agréable, très douce et très sûre*).
4) **PASTILLES** DE **C.G.-GUBLER**	Digestives	Dyspepsies flatulentes. Lourdeurs et Aigreurs d'estomac.	En croquer 3 ou 4 après chaque repas. (*Menthe, Citron, Oranger, Anis*).
 Toutes Entéroclyses	(5 **LES 3 SONDES INTESTINALES C.G.-GUBLER**	Nos 1 et 2 : Coprostases. No 3 : Hyper et Hypothermies. — Infections intestinales. — Intoxications généralisées. — Sérumisations.	No 1 : pour lavements simples. No 2 : pr entéroclyses profondes. No 3 (appareil bi-courant) : pr irrigat. continues. (*Instruments parfaits, très ingénieux ; Adultes et Enfants*). Dem. Notice spéciale.

Société des Eaux de Châtel-Guyon,
1, rue Rossini, PARIS

Demander le Memento médical avec Bon-Prime.
50 o/o aux Médecins : usage personnel.
30 à 40 o/o aux Médecins-Pharmaciens : revente.

CHOCOLATS ET SUCRES D'ORGE « CHATELGUYON-GUBLER »

Ces **Produits Hygiéniques**, de qualité hors pair, sont préparés par M. Rouzaud, l'habile confiseur de Royat, qui a réussi à leur incorporer une dose déterminée de Sels de Gubler, sans nuire en rien à leur finesse et à leur saveur. Ils complètent heureusement, au point de vue diététique ou alimentaire, l'***Omnium thérapeutique des Constipés et des Entérites***. — (*Demander la Notice spéciale*).

du Dr Diverneresse et condamne l'interprétation du Dr Thoinot.

Quoi qu'il en soit, en possession de la contre-expertise dès Drs Chaput, Monod et Thoinot concluant à 15 %, la Cour n'avait donc plus qu'à entériner le rapport de ces experts.

Mais le Dr Diverneresse dresse alors un nouveau certificat. C'est la discussion du rapport précédent et la mise au jour de ses faiblesses. Il montre malgré les trois experts, que l'incapacité est non pas de 15 % comme ils le disent, mais bien de 30 %, et à l'appui de l'affirmation du D· Diverneresse, l'avocat a en main les 5 certificats des professeurs de la Faculté dont nous avons donné le texte page 903, et concluant aussi à 30 %. C'est assez, dira-t-on ; c'est encore trop peu pour assurer le triomphe de la vérité et de la justice.

Le syndicat ouvrier à son tour s'était ému de la

---

et qu'il s'agissait d'une fracture du tibia et du péroné au 1/3 inférieur de la jambe. En outre, en me basant sur une radiographie qui démontrait que la fracture n'était pas complètement consolidée, j'estimai à 30 % au minimum l'incapacité dont Peyrat était atteint.

En présence de cette différence dans le diagnostic et l'évaluation de l'incapacité, la Cour d'appel ordonnait une contre-expertise dont elle chargeait MM. les docteurs Thoinot, Monod et Chapus.

Observations sur le rapport de MM. les experts.

Examinons successivement les trois conclusions formulées dans ce rapport :

1re Conclusion : M. Peyrat est en état d'incapacité permanente partielle.

Sur cette partie de la 1re conclusion, tout le monde est d'accord.

2e Conclusion : Sa valeur industrielle est réduite d'environ 15 %.

Pour appuyer cette 2e conclusion, MM. les experts disent (no 26 de leur rapport).

« Nous pensons qu'il n'y a pas lieu de suivre M. le Dr Diverneresse dans l'appréciation qu'il fait du taux de l'infirmité du sieur Peyrat. »

En s'exprimant ainsi MM. les experts laissent croire que je suis le seul Dr qu'ils ne veulent pas suivre. En réalité, outre mon certificat, les experts ont eu sous leurs yeux celui du Dr S....., *chirurgien des hôpitaux*, ils indiquent seulement la présence de ce certificat (no 11) mais en aucun passage de leur rapport ils n'en citent les conclusions qui viennent à l'appui de mon appréciation. Ce qui est gênant. Je répare leur omission :

Conclusions du docteur S..., chirurgien des hôpitaux :

« De tous ces faits, il en résulte pour moi que la gêne « dans la marche doit être assez grande et que la station « debout et prolongée qu'exige le travail manuel doit « être très pénible. »

Ce n'est donc pas seulement le Dr Diverneresse, mais aussi le Dr S..., que les experts ne veulent pas suivre. De cette partie du rapport, on pourrait croire qu'il y a eu exagération de la part du Dr S... et de la mienne.

Même en acceptant *provisoirement* comme exact le taux de 15 % fixé par les experts, il résulte qu'en estimant à 30 % cette incapacité, j'aurais fait une erreur de 50 %, tandis que le M. Dr Thoinot en estimant cette incapacité à 5 % aurait commis une erreur de 66 %, erreur encore supérieure à la mienne de 16 %.

En présence de la 2e conclusion des experts, M. Peyrat a demandé des certificats à quatre professeurs de la Faculté de médecine, membres de l'Académie de Médecine, chirurgiens des hôpitaux. Toutes ces notoriétés médicales ont délivré des certificats dont les conclusions se rapprochent sensiblement des miennes parfois les dépassent et diffèrent en tout cas considérablement de celles des experts.

***

Pour s'en convaincre, il suffit de lire les certificats des 5 chirurgiens professeurs de la F., membres de l'Académie que nous avons reproduits en note, page 903.

Après avoir lu ces certificats on est bien obligé de constater que si les experts pensent (no 26 de leur rapport) qu'il n'y a pas lieu de suivre le Dr Diverneresse dans son appréciation, au contraire 5 chirurgiens des hôpitaux professeurs à la Faculté, membres de l'Académie, pensent, contrairement aux experts, qu'il y avait lieu de suivre l'appréciation du Dr Diverneresse et aucunement celle des experts.

Essai d'explication par MM. les Experts de l'appréciation première de M. l'expert Thoinot : MM. les experts voudraient justifier le taux de 5 % que M. le Dr Thoinot, expert comme eux, avait fixé pour l'incapacité du blessé. Rapprochons l'explication des 3 experts de la déclaration du Dr Thoinot :

Explications de MM. Monod, Chapus, Thoinot (no 18 du rapport des 3 experts).	*Déclaration de M. l'Expert Thoinot no 8 et 9 bis de son rapport du 17 juin 1904 :*
« En fixant à 5 % le déchet industriel permanent de Peyrat, le Dr Thoinot se basait sur les troubles anatomiques et fonctionnels laissés par la lésion, mais *escomptait* une disparition de l'atrophie musculaire sous l'influence de l'exercice.	« Il y a incapacité permanente partielle, et l'estimant *au taux actuel*, en fixant la consolidation à ce jour, nous proposons de l'évaluer à cinq pour cent environ. »
Cette modification n'a pas eu lieu et il semble même que l'atrophie ait progressé, d'où nécessité de relever le taux admis par le Dr Thoinot. »	« (9 bis) Il résulte de cet accident une incapacité permanente partielle que nous évaluons *aujourd'hui* à 5 % environ.

Ce rapprochement démontre que les efforts des experts sont plutôt malheureux et que, contrairement à leur opinion, le Dr Thoinot *n'escomptait pas* une amélioration, mais qu'il se *basait sur le taux actuel*, c'est-à-dire au jour où il faisait la 1re expertise.

Les experts ont-ils songé qu'en agissant autrement le Dr Thoinot a dépassé sa mission et que sa responsabilité vis-à-vis du blessé pourrait de ce chef être engagée. En effet, l'article 19 de la loi est formel : pendant 3 ans, le chef d'industrie s'il y a amélioration ou le blessé s'il y a aggravation, peuvent intenter une action en révision de l'indemnité. L'expert doit donc se prononcer exclusivement *sur l'état du blessé au moment de l'expertise et non sur une amélioration ou aggravation possibles* ou sur la disparition d'un hystéro-traumatisme qui donneraient lieu plus tard, si elles se produisent, à une 2e expertise pour les constater. La rente fixée par la 1re expertise est en somme provisoire et revisable pendant trois ans ; elle doit être basée, non sur des prévisions, mais sur l'état du blessé au moment de la première expertise, ainsi que l'a décidé un arrêt de la Cour de Caen du 26 juillet 1905, que nous citons page 907.

Au dire des experts, le Dr Thoinot aurait donc, dans sa 1re expertise, dépassé ses pouvoirs et n'aurait pas rempli la seule mission que lui avait donnée et que pouvait lui donner le Juge des Conciliations.

Au no 15 de leur rapport, les experts font encore ressortir d'une manière saisissante l'imprudence que, d'après l'explication ci-dessus, le Dr Thoinot aurait commise à l'expertise du 17 juin 1904. Ils disent en effet : « L'un de nous a constaté une mobilité anormale au fo- « yer de la fracture, de nature à faire croire à une absen- « ce de consolidation, mais nous n'insistons pas sur ce « point d'appréciation fort délicate et qui n'est pas ab- « solument établie. »

Des 3 experts qui parlent ainsi, 2 sont chirurgiens : c'est un des deux chirurgiens qui a constaté la mobilité anormale, le 2e chirurgien n'a pas cru la percevoir ; le cas étant chirurgical, l'opinion du 3e expert, qui est médecin, ne saurait entrer en ligne de compte contre celle d'un chirurgien.

Voici donc une constatation délicate, 2 chirurgiens *qui ont sous leurs yeux et dans leurs mains la jambe fracturée* ne peuvent tomber d'accord sur l'état actuel ; et les experts prétendent que le Dr Thoinot, médecin et non chirurgien, aurait eu l'imprudence dans son expertise du 17 juin 1904 de ne pas se contenter de donner son avis sur l'état présent, mais encore de vouloir *prédire l'avenir* dans une question si difficile même pour le présent.

Si peu modéré que l'on m'accuse d'avoir été, jamais je n'ai voulu admettre un instant que dans l'expertise du 17 juin 1904, le Dr Thoinot ait eu cette prétention, et je tiens à faire remarquer que ce n'est pas moi, mais

situation et avec un bel esprit d'initiative et de solidarité avait décidé d'envoyer Peyrat, sous la conduite du Dr Diverneresse, en Angleterre pour solliciter des sommités médicales anglaises des certificats de nature à établir son état physique. Le Dr Diverneresse qui savait que l'esprit d'indépendance et de justice n'avait pas complètement déserté la Faculté de Paris se fit fort de trouver et trouva cinq profes-

bien les experts, qui relèvent cette imprudence au n° 7 *bis* de la 1re expertise du Dr Thoinot.

Nous appuyant 1° sur les appréciations formulées par M. le Dr L-C......, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie, professeur agrégé de la F.;

2° Sur l'appréciation de M. le docteur P......, chirurgien des hôpitaux, Professeur de la F. ;

3° Sur l'appréciation de M. le Dr R......, professeur de la F., chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie ;

4° Sur l'avis de M. le Dr L..... chirurgien des hôpitaux, professeur de chirurgie, membre de l'Académie ;

5° Sur le certificat du Dr.S......, chirurgien des hôpitaux.

Nous concluons : on ne peut suivre les experts, lorsqu'ils estiment seulement à 15 % l'incapacité permanente dont Peyrat est atteint, car il a, comme nous allons l'établir, une fracture *non consolidée du tibia.*

2e Partie

La non-consolidation.

Voici quelle est la troisième conclusion des experts.

3° La consolidation se place au 5 juin 1904.

Il est bon de faire remarquer : 1° qu'au n° 15 du rapport des 3 experts on relève le passage suivant :

« L'un de nous a constaté une mobilité anormale au foyer de la fracture, de nature à faire croire à une absence de consolidation, mais nous n'insistons pas sur ce point d'appréciation fort délicate et qui n'est pas absolument établie. »

2° Que les experts ont omis de signaler le mécanisme et les causes de la fracture. Cette fracture n'est pas de cause directe, mais une fracture par écrasement ; c'est en effet une voiture qui a écrasé et fracturé la jambe de Peyrat. Ceci a une grande importance pour expliquer la non-consolidation.

La consolidation de la fracture, affirmée par les experts, est formellement niée par :

1° M. le Dr P...., professeur de la F. chirurgien des Hôpitaux, qui affirme qu'il y a pseudo-arthrose du tibia et qui juge indispensable une opération pour aviver et suturer les deux fragments ;

2° Par M. le Dr L-C..., professeur de la F. membre de l'Académie, chirurgien des hôpitaux, qui dit qu'il n'y a pas de consolidation du tibia et qu'une opération s'impose ;

3° Par M. le Dr L. D..., professeur de clinique chirurgicale à la F., chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui affirme qu'il y a défaut de consolidation du tibia et qui estime qu'il faut tenter une opération pour essayer d'obtenir la consolidation ;

4° Par M. le Dr R..., professeur à la F. de Médecine, membre de l'Académie, chirurgien des hôpitaux, qui dit qu'il est très douteux que le tibia soit consolidé et que la radiographie qui a été faite le 19 janvier 1906 semble indiquer une pseudo-arthrose.

Il est donc impossible d'affirmer qu'il y ait consolidation de la fracture en présence des attestations contraires de notoriétés médicales dont on ne peut contester ni la science, ni l'impartialité, ni l'honnêteté.

Cependant les 2 experts, pour ne pas contredire l'un d'eux, ont affirmé que la consolidation existait depuis 1 an.

Imprudence des experts.

Sans doute, la radiographie, faite lors de la 1re expertise, aurait entraîné un supplément de dépenses pour l'assureur, si le premier expert l'avait ordonnée. Mais elle aurait peut-être évité l'erreur de la 1re expertise et les douleurs qu'ont entraînées, pour le blessé, cette première erreur.

Sans doute, au moment de la 2e expertise, une 2e radiographie, qui a été jugée comme devant être « probante » par M. le Professeur L.-C. et qui a été l'une des bases d'appréciation de MM. les Professeurs R..., P..., et L. D..., aurait aussi entraîné une dépense pour la Compagnie d'assurances. Mais elle aurait évité aux experts de se trouver en désaccord avec ces 4 sommités chirurgicales. En leur permettant d'apprécier l'état actuel du blessé 2 ans après la fracture, elle aurait sans nul doute décidé les 3 experts à reconnaître avec l'un d'eux qu'il n'y avait pas consolidation du tibia.

Non seulement les experts n'ont pas reconnu la gravité de la lésion, mais ils ont encore voulu donner aux juges l'impression que le blessé voulait exagérer son mal. Lors de l'expertise du 17 juin 1904, M. le Dr Thoinot s'exprimait ainsi à propos d'un malheureux blessé qui marchait sur 2 fragments osseux non consolidés : (N° 6, rapport Thoinot) :

« Nous avons constaté que, sans être très aisée, ni par-« faite, la marche est plus hardie et paraît moins pénible « lorsque le demandeur ne se croit plus observé. » ! ! !

Le Dr Thoinot a du reste entraîné les 2 autres experts dans cette voie, car on lit au n° 17 de leur rapport :

« Quel est donc le taux de cette incapacité ? Il nous paraît d'une part un peu plus élevé que le rapport précédent de l'un de nous ne l'avait admis, et d'autre part, beaucoup moins considérable que le blessé ne l'allègue. »

Mais les experts vont encore plus loin ; au n° 22 de leur rapport : « En outre, contrairement à ce qu'avance expressément le Dr Diverneresse, il est heureux pour son blessé qu'il y ait eu fracture de jambe et non fracture malléolaire, les fractures malléolaires étant souvent plus graves dans leurs suites que les fractures de jambe proprement dites. »

Nous ferons remarquer d'abord que la non-consolidation est plus fréquente dans les fractures du corps des os que dans les fractures périarticulaires, et dans le cas particulier, mon blessé serait plus heureux avec une fracture malléolaire consolidée qu'avec une fracture au 1/4 inférieur *non consolidée.*

Sans doute en s'exprimant ainsi, les experts veulent parler du pronostic des fractures malléolaires, avec les anciens traitements. Car, depuis le traitement par le massage, voici ce que dit le Professeur Lucas-Championnière, qui fait autorité en matière de traitement des fractures.

« Les fractures bi-malléolaires comptent parmi celles « qui donnent le plus de satisfaction, et elles comptaient « parmi les fractures les plus redoutables pour l'enraidis-« sement. »

(Principes et théorie de la méthode nouvelle, par Lucas-Championnière, p. 10.)

Ainsi, une fois de plus, je suis en désaccord avec les experts, mais j'ai la bonne fortune de voir mon opinion partagée par le Dr Lucas-Championnière : c'est une consolation.

Nous concluons donc en nous appuyant sur les constatations écrites de MM. les Professeurs R..., P..., L.-C..., et L. D... :

1° Que contrairement aux conclusions des 3 experts, il n'y a pas de consolidation du tibia, c'est-à-dire qu'il y a pseudo-arthrose du tibia ;

2° Qu'une opération qui prouvera, d'une façon matérielle et indiscutable, la non consolidation pourrait être tentée, sans pouvoir affirmer cependant qu'elle réussira à consolider le tibia,

3° Que dans cet état tout travail suivi est impossible au blessé.

4° Que la deuxième expertise doit être jugée incomplète et insuffisante : *a*) parce que les experts n'ont pu s'entendre sur le fait de la consolidation ou la non-consolidation du tibia ;

b) Parce que les experts ont omis d'ordonner une 2e radiographie qui, d'après l'avis de M. le Professeur L.-C.., de M. le Professeur R..., de M. le Professeur Le D..., devait être « probante » et par conséquent nécessaire deux ans après la fracture.

5° Les certificats des Professeurs, à l'exception de celui de M. L.-C..., ayant tous été faits après cette 2e radiographie « probante », ceux-ci concluent personnellement à la non-consolidation du tibia, à une gêne considérable dans le travail et disent que le taux de l'incapacité doit être fixé entre 30 et 40 % au minimum pour le taux actuel.

3e Partie

L'erreur de diagnostic de la première expertise

Le siège de la fracture

Il est, du reste, un autre point du rapport où les experts sont en contradiction avec la presque unanimité des autres professeurs chirurgiens qui ont examiné Pey-

seurs qui eurent le courage, c'est le mot, de dire la vérité. Nous avons publié plus haut leurs certificats. Devant une telle levée de témoignages, la Cour hésita à rendre un arrêt définitif. Elle commit de nouveaux experts, sans se préoccuper le moins du monde du débat soulevé autour de cette affaire, et en particulier des personnalités auxquelles elle pouvait donner lieu. Ces experts examinèrent attentivement, cons-

---

rat. Nous voulons parler du diagnostic de la variété de la fracture.

Sur sept chirurgiens des hôpitaux, trois ont diagnostiqué, avec le Dr Diverneresse, une fracture au 1/3 inférieur et 2 une fracture au 1/4 inférieur. Mais sur les 7 chirurgiens des hôpitaux les Drs S..., C..., P..., R... L. D..., Chaput, Monod qui ont examiné le blessé, pas un n'a accepté le diagnostic de fracture malléolaire que M. le Dr Thoinot, médecin et non chirurgien, a porté au *tertio* de sa première expertise.

Les experts ont voulu, comme pour l'évaluation de l'incapacité à 5 % du premier expert, expliquer aussi son diagnostic de fracture malléolaire par ce passage de leur rapport (no 2) :

« En réalité, si l'on se rapporte au texte même du rapport de l'expert, on peut se convaincre que le Dr Thoinot n'a pas utilisé l'expression pour son propre compte, mais seulement en citant le Dr Langle et une note de l'hôpital St-Antoine.

Comparons donc, encore une fois, la lettre invoquée du Dr Langle et le rapport de M. le Dr Thoinot :

Rapport du passage de M. le 1er expert Thoinot, citant la lettre du Dr Langle (no 1 du 1er rapport Thoinot).	*Déclaration de M. le Dr Thoinot (no 4 du rapport de la 1re expertise).*
« Dans cette lettre datée du 28 mai 1904 le Dr Langle déclare avoir visité le jour même le sieur Peyrat, victime, le 31 décembre 1903, d'une fracture compliquée des deux os de la jambe gauche au 1/3 inférieur, fracture dite bimalléolaire.	*Tertio.* — En résumé, il résulte de notre examen que le sieur Peyrat a été atteint, le 31 décembre 1903, d'une fracture malléolaire de la jambe gauche.

Il résulte de cette comparaison que si le Dr L..., a confondu une fracture au tiers inférieur avec une fracture malléolaire, le Dr Thoinot ne s'est pas contenté de citer l'expression du Dr L..., mais qu'il a bien, au contraire, adopté cette expression pour son propre compte ; qu'il l'a faite sienne.

D'autre part MM. les experts ayant cherché à discréditer mes allégations, il est de mon droit et de mon devoir de ne laisser établir aucune confusion. Il suffit pour cela de rapprocher le texte de l'expertise du Dr Thoinot du rapport des 3 experts.

Déclaration de M. le Dr Thoinot, no 7.	Rapport de MM. les 3 experts no 21.
Tertio. — En résumé il résulte de notre examen que le sieur Peyrat a été atteint, le 31 décembre 1903, d'une fracture **malléolaire** de la jambe gauche. No 9. Nous concluons donc : 1o Le sieur Peyrat a été atteint le 31 décembre 1903 d'une fracture de la partie inférieure de la jambe gauche.	« C'est à une fracture d'une partie inférieure de la jambe gauche qu'a conclu l'expert, ce qui, dans le langage médical, ne saurait être admis comme synonyme de fracture malléolaire.

Ainsi tandis qu'à quelques lignes d'intervalle M. le Dr Thoinot, professeur agrégé de la Faculté, emploie pour désigner la fracture de Peyrat, tantôt l'expression de « fracture malléolaire » ou de « fracture de la partie inférieure de la jambe » MM. les experts, sous couleur de le défendre, viennent affirmer que *dans le langage médical* l'expression de « fracture à la partie inférieure de la jambe » ne saurait être admise comme synonyme de fracture malléolaire. Quel jugement sur le langage de M. le Professeur Thoinot que des experts (parmi lesquels il figure) déclarent ne pas être un langage médical !

En fait il y a 3 variétés de fractures à la partie inférieure de la jambe : 1o la fracture au tiers inférieur ; 2o la fracture au 1/4 inférieur ; 3o la fracture malléolaire.

Conclure à une fracture inférieure de la jambe, c'est conclure aussi bien à une fracture malléolaire qu'à la fracture très différente du tiers inférieur. Ce n'est du reste pas une conclusion, ni un diagnostic chirurgical. C'est pourquoi ni les Professeurs C..., P..., R..., Le D..., ni le Dr S.... chirurgien des Hôpitaux, ni même les deux chirurgiens experts Monod et Chaput n'ont voulu formuler une conclusion aussi vague et qu'ils ont diagnostiqué, les uns fracture au 1/3 inférieur, les autres fracture au 1/4 inférieur, mais qu'aucun d'eux n'a employé l'expression vague, imprécise et inusitée de fracture à la partie inférieure de la jambe.

Je pourrais ici encore dire que, si je n'ai pas été suivi par les experts, j'ai été suivi par la majorité des chirurgiens dans mon diagnostic, et qu'il y a encore moins d'écart entre une fracture au 1/3 inférieur et une fracture au 1/4 inférieur du tibia qu'entre une facture malléolaire et une fracture au 1/4 inférieur.

Quant à la note de l'hôpital St-Antoine du 15 juin 1904 dont il est question dans la première et la deuxième expertise nous ne pouvons en parler, puisqu'elle ne figure pas au dossier. Tout ce que nous pourrions dire, c'est que, si elle porte le diagnostic de fracture malléolaire, cette note se trouve en contradiction flagrante avec un second certificat d'un autre interne du même hôpital St-Antoine du 20 mars 1905, qui porte le diagnostic encore plus précis de « fracture au tiers inférieur de la jambe gauche. »

Il serait nécessaire alors de demander à M. le Directeur de l'Assistance publique quelles sont les personnes qui, en dehors des internes et des chefs de service, se sont permis de délivrer et de signer des notes médicales en contradiction avec les certificats des médecins qui avaient soigné le blessé à l'hôpital.

La fracture du péroné.

M. le Dr Thoinot (no 3 du 1er rapport) décrit le cal du tibia. Au no 7 de ce rapport, M. le Dr Thoinot dit Peyrat atteint d'une fracture malléolaire et nulle part ailleurs il n'est question du péroné. Il en résulte que tout magistrat ou médecin qui lira ce rapport sera convaincu que Peyrat n'a eu qu'une fracture de la malléole tibiale, alors qu'il a en réalité une fracture au 1/3 ou au 1/4 inférieur des deux os de la jambe. L'importance de ce fait n'a pas échappé aux autres experts, puisqu'ils décrivent longuement ce cal du péroné qui d'après eux mesure 4 centimètres de long(13).

Le raccourcissement de la jambe.

Expertise du Dr Thoinot (no 5) : « Il ne paraît pas y avoir de « raccourcissement « à la jambe. Si ce rac- « courcissement existe, ce « qui est difficile à établir, « en raison de la délicatesse « des mensurations à ce pro- « pos, il *est assurément inférieur à cinq millimètres.* »	Expertise des Drs Thoinot, Monod et Chaput (no 14) : « Le tibia gauche de « la pointe de la malléole « interne à l'interligne du « genou, *semble* mesurer 34 « c. 1/2, le tibia droit 36 c. « 1/2, d'où probabilité d'un « léger *raccourcissement de* « *deux centimètres environ.* »

Du rapprochement des textes des deux expertises, on voit qu'il y a encore une erreur de 75 % dans l'expertise du Dr Thoinot, à moins que les trois experts disent encore qu'on ait voulu ici également *escompter* un allongement de la jambe et qu'il se soit produit un raccourcissement, comme pour l'atrophie (rapport des 3 experts no 18).

Le pied en varus.

Au no 4 de son rapport, M. le Dr Thoinot dit : « Ce pied est très légèrement dévié en varus. A la page 4 de mon 1er certificat, je dis : « Nous regrettons d'être encore en désaccord sur ce point avec M. l'expert. » Ainsi M. le Dr Thoinot dit que le pied est en varus, moi je dis que non. J'ai lu très attentivement le rapport de contre-expertise et je n'ai vu nulle part que les experts aient confirmé le diagnostic de pied en varus, MM. les experts disent qu'il peut y avoir encore un autre mécanisme de production du varus, et que j'ai fait une erreur en ne parlant que d'un seul mode de production du varus. Là n'est pas la question: il s'agit de savoir si M. le Dr Thoi-

ciencieusement, savamment, le blessé et déposèrent le rapport que l'on trouvera ci-dessous (1) qui déclare que Peyrat est atteint d'une infirmité permanente et partielle qui diminue sa capacité de travail de 30 %

L'affaire est terminée. La vérité a fini par se faire jour et par triompher. Il reste à la Justice d'en assurer la manifestation.

Le 24 juillet 1906, la Cour rend un arrêt fixant la réduction de salaire à 30 % sur un salaire de base de trois mille francs, soit une rente annuelle et viagère de 382 fr. 60.

Voici donc un médecin des hôpitaux qui, ayant accepté de faire une expertise chirurgicale, a fait, durant 18 mois marcher un blessé sur deux fragments osseux non consolidés et dont l'erreur si elle n'avait été ultérieurement revisée, eût eu pour résultat de faire toucher à l'ouvrier Peyrat 63 fr. 75 au lieu de 382 fr. 60.

Il faut ici remarquer que les certificats du Dr Diverneresse furent en quelque sorte entérinés, par la Cour, puisqu'elle a admis avec les derniers experts que le médecin du blessé avait eu raison d'estimer à 30 % l'incapacité de Peyrat, alors que les pre-

---

not avait fait une erreur ou non en disant que Peyrat avait un pied en varus, c'est là une question de fait et d'espèce qui ne doit pas dévier en une discussion de doctrine dont je ferai juge le public médical. Je constate que MM. les experts n'ont pas dit que Peyrat avait « le pied dévié en varus », comme le dit M. le Dr Thoinot dans son rapport au n° 4.

Les troubles trophiques.

Les experts n'ont constaté aucun trouble trophique, au mois de décembre. Lorsque j'ai examiné le blessé en juillet, au moment des chaleurs, irritée par la sueur, les poussières et le soleil la jambe du blessé était rouge, couverte de squames, les veines dilatées ; dans ces conditions et sur une jambe encore malade et non consolidée un eczéma pouvait se produire d'un jour à l'autre. Il y avait de la contracture des muscles ; du reste les experts ont constaté (n° 14 *bis*) de l'hyperextension des orteils, les experts disent malgré cela que j'ai émis une proposition gratuite que rien ne justifie.

J'espère pour mon blessé que ma proposition sera aussi gratuite que la proposition de M. le Dr Thoinot lorsque, dans sa 1re expertise, *il escomptait une amélioration*, alors qu'il s'est produit une aggravation (nos 18 et 19 du rapport des 3 experts).

La radiographie du 4 janvier 1905.

A l'annotation 23 de leur rapport, les experts me demandent comment je voudrais que M. Thoinot ait eu sous les yeux, lors de l'expertise de 1904, une radiographie faite en janvier 1905. Je répondrai que ce n'était pas pour obtenir par un subterfuge l'aveu que l'expertise de 1904 avait été faite par le Dr Thoinot sans que, dans une question aussi délicate de l'aveu des experts, il ait eu sous les yeux une radiographie.

Je ne pensais pas un instant qu'il ait pu avoir en 1904 une radiographie qui n'a été faite qu'en 1905. Mais je disais à la page 3 de mon 1er certificat : « Ces faits cliniques et radiographiques n'eussent pas échappé à la « compétence d'un chirurgien. Nous comprenons toutefois qu'un médecin des hôpitaux qui ne soigne jamais « dans sa clientèle hospitalière et probablement jamais « dans sa clientèle de ville, des fractures, se soit trouvé « embarrassé pour préciser la nature, la variété et les « conséquences de la fracture de Peyrat ». Car je pensais que M. l'expert Thoinot *avait dû ordonner une radiographie en* 1904 *pour appuyer son expertise* sur des documents « probants ».

Les experts affirment que l'expertise de 1904 a été faite sans cette pièce indispensable. Je leur laisse toute la charge de la constatation d'une aussi grave omission de la part d'un expert chargé d'une affaire que les seconds experts ont qualifiée de délicate.

(1) 2e CONTRE-EXPERTISE.

Nous soussignés P. RECLUS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, membre de l'Académie F. Laugier, médecin légiste, Rieffel, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, commis par un arrêt de la 7e chambre de la Cour en date du 6 mars 1906, à l'effet d'apprécier si l'un des 2 os de la jambe fracturée de Peyrat est ou non actuellement consolidé, si l'état actuel de la blessure rend difficile et douloureux l'exercice de la fonction de surveillant de chantier ; si cet état rendait impossible le travail de terrassier ; si tenant compte des conséquences actuelles de l'accident, et des diverses éventualités qui pourraient se produire à la suite de l'opération chirurgicale demandée par Peyrat cette opération est ou non indiquée ? Avons, dispensés du serment du consentement des parties, procédé aux opérations prescrites par la Cour dans le cabinet de l'un de nous les 8 et 10 avril 1906; Avons visité Peyrat en présence des avoués des parties de M. le Dr Diverneresse et du délégué de la compagnie d'assurance et nous avons rédigé le rapport suivant :

I. — *Exposé des faits.*

Sans entrer dans les détails, il suffira de rappeler que c'est le 31 décembre 1903 que le sieur Peyrat, actuellement âgé de 32 ans, chef de chantier de terrassement, a eu la jambe gauche écrasée par une roue de voiture. Il en résulte une fracture directe du tibia et du péroné à la partie inférieure.

Ce traumatisme laisse à sa suite une notable déformation et une certaine gêne fonctionnelle. Néanmoins, l'accidenté put reprendre son travail de chef de chantier le 1er juillet 1904. Un grand nombre de pièces versées au débat nous ont été soumises. Ce sont : 1° un certificat du docteur Lavenant (25 avril 1904) ; 2° Le procès-verbal d'enquête de M. le juge de paix du 12e arrondissement (3 mai 1904) ; 3° Deux certificats du Dr Boniface (22 avril et 29 mai 1904) ; 4° Une note de la Direction de l'hôpital Saint-Antoine (15 juin 1904) ; 5° rapport de M. le Dr Thoinot (1er juin 1904) établi en exécution d'une ordonnance de M. le Juge des conciliations ; 6° Un certificat du Dr Diverneresse (25 juillet 1905) ; 8° Un certificat du Dr Souligoux (9 novembre 1905) ; 9° Le rapport de MM. Chaput, Monod, et Thoinot (17 décembre 1905) commis par arrêt de la 7e chambre ; 10° Un certificat de M. le Dr Lucas-Championnière (18 janvier 1906) : 11° Un certificat de M. le Dr Poirier (23 janvier 1906) ; 12° Un certificat de M. le Dr Richelot (26 janvier 1906) ; 13° Un certificat de M. le Dr Le Dentu (27 janvier 1906) ; 14° Un certificat de M. Diverneresse (9 février 1906) ; 15° Deux radiographies faites le 4 janvier 1905 par M. Leray ; 16° Deux radiographies faites par M. Infroit le 20 janvier 1906.

II. *Etat actuel.*

Peyrat est un homme de petite taille, mais vigoureux et bien musclé, chez lequel nous ne relevons aucune trace de maladie générale. En regardant la jambe gauche de l'accidenté, soit debout ou couché, *on est immédiatement frappé par la déformation notable et le raccourcissement appréciable qu'elle présente.* L'axe du tibia prolongé ne passe pas dans le premier espace intérosseux mais tombe sur le troisième métatarsien. La peau de la jambe est épaissie, œdématisée, surtout dans le tiers inférieur, les saillies, et dépressions normales sont moins bien marquées que sur le membre non traumatisé. A la palpation on constate le long de la face interne de la jambe une encoche profonde au-dessus de laquelle on sent l'extrémité proéminente du fragment supérieur qui est dévié en arrière et un peu en dedans.

Du côté externe on suit facilement le péroné à partir de la malléole, sur une longueur de quelques centimètres. *Mais en arrivant à peu près à dix centimètres au-dessus de cette malléole,* on reconnaît que l'os est augmenté de volume, et à sa partie postérieure on sent proéminer très nettement une saillie osseuse qui paraît appartenir au fragment inférieur du tibia basculé.

Ce fragment est porté fortement en dehors et un peu en arrière, il comble toute la partie inférieure de l'espace intérosseux. A la palpation de la face postérieure, on retrouve la même saillie osseuse, qui cependant n'a produit aucun phénomène de compression vasculaire ou nerveuse. Aucun déplacement des tendons rétro-malléolaires, externes ou internes. En longeant la crête du tibia on reconnaît la dépression signalée plus haut, on s'assure très bien que l'axe du tibia est dévié et que l'os décrit une sorte de courbure à convexité antéro-interne.

Lorsqu'on appuie un peu fortement à ce niveau, l'accidenté éprouve une douleur assez vive. La mortaise tibio-péronière est un peu élargie, en raison de ce fait que la malléole interne obligée de suivre le mouvement de bascule du fragment inférieur, s'est légèrement portée en dedans et en haut. Ainsi l'interligne articulaire

miers experts n'avaient admis que 5 % ou 15 %. On s'explique mal ou peut être trop bien qu'au Palais les certificats du Dr Diverneresse soient tenus dans une certaine suspicion comme trop favorables, à l'accidenté. Le Palais aime peut-être la vérité, mais à condition qu'elle soit officielle. Hors cela elle lui apparaît avec un certain air de révolution et rien ne peut l'épouvanter davantage.

Quoi qu'il en soit, trois experts, un arrêt de la Cour ont affirmé qu'il n'y avait de sa part aucune exagération. Il est bien difficile désormais de conserver sur son compte une opinion défavorablement avertie, à moins que .... ! !

2e FAIT. — UNE EXPERTISE DU Dr VIBERT

Dans une autre affaire, M. le Dr Vibert, chargé par le juge des conciliations d'examiner un nommé Mercier, blessé dans son travail en soulevant un poids de cent cinquante kilogrammes, dépose un étonnant rapport.

« *Cet état, dit-il, comporte la privation d'une grande* « *partie de l'usage du bras droit pour le travail. Le sieur* « *Mercier peut bien se servir de ce bras pour son usage* « *personnel comme pour les divers mouvements qui ne* « *demandent pas beaucoup d'énergie ; mais il ne peut* « *s'en servir pour les besognes qui nécessitent un certain* « *déploiement de forces.* »

Ainsi de l'aveu même de l'expert : Il faut donc que Mercier abandonne son métier *qui nécessite un déploiement de forces* ; ce blessé qui n'est qu'un ouvrier manœuvre trouvera donc difficilement d'autres emplois. C'est donc pour lui désormais la misère presque certaine. Le Dr Vibert ne lui accorde cependant comme réduction de capacité de travail que 15 %. Mais il fixe la date de consolidation de sa blessure au 25 septembre 1905, alors que le médecin de la compagnie faisait déjà remonter celle-ci à 5 semaines plus tôt, au 18 août 1905. Le blessé avait un salaire très minime de 1.250 fr. ; cette rente de 99 fr. est ridicule, pour un homme qui ne pourra plus déployer de force avec son bras droit.

Le Tribunal se montra plus large que l'expert et de sa propre autorité il éleva l'incapacité à 25 %. Enfin le blessé ayant fait appel, par arrêt de la Cour en date du 5 janvier 1905, cette rente fut élevée à 35 % soit 210 fr. par an au lieu de 70 fr. que voulait lui faire allouer l'expert.

3e *Fait. — Expertise du Dr Berger, professeur de la Faculté de médecine.*

Le 26 juin 1905, le président de la 4e Chambre du Tribunal de la Seine commit M. le Dr Berger pour examiner un jeune homme qui eut dans un accident du travail les deux testicules arrachés. Voici les conclusions de son expertise telles que nous les trouvons

---

tibio-tarsien au lieu d'être horizontal est devenu un peu oblique en haut et en dedans : *condition fâcheuse pour la statique du pied.* En essayant de mobiliser les os fracturés, nous n'avons pas obtenu de crépitation et nous avons constaté ce qui suit : Les deux fragments du péroné sont réunis en bonne position, le fragment tibial inférieur paraît fixe, mais il semble qu'on puisse imprimer au fragment supérieur un très léger mouvement dans le sens antéro-postérieur. Toutefois on doit reconnaître qu'à certains moments de l'exploration toute mobilité, même minime fait défaut. Aussi pour élucider définitivement ce point, nous avons jugé indispensable de recourir à de nouvelles radiograpies dont il sera, question plus loin. La mensuration du membre pratiquée à plusieurs reprises avec des repères différents nous a *donné un raccourcissement de deux centimètres et demi.* Donc si le péroné est consolidé et a conservé sa longueur normale, les fragments du tibia ont subi un *triple déplacement suivant la longueur, suivant l'épaisseur et suivant la direction.*

Les radiographies, au nombre de cinq, ont été faites par M. Ménard, chef du laboratoire de radiographie de l'hôpital Trousseau. Elles ont été poussées à fond, développées scientifiquement après une pose de douze minutes.

A. *Radiographie* no 1 face antérieure. — La fracture du péroné est bien consolidée par un cal périphérique surtout, mais on aperçoit encore le trait de fracture transversale, sous l'aspect d'une ligne blanchâtre. Les deux fragments du tibia ne sont nullement atrophiés comme la chose s'observe généralement dans les vraies absences de consolidation ; bien plus, le fragment supérieur est un peu augmenté de volume. Leur trait de fracture est fortement oblique en bas et en dedans. Le fragment inférieur, basculé en dehors, s'est soudé au péroné par son extrémité supéro-externe.

On distingue très nettement des dépôts osseux abondants qui se portent de l'extrémité externe des fragments proxonial sur la région voisine du fragment distal et semblent même atteindre le cal du péroné Du côté opposé, c'est-à-dire à la face interne de la jambe, on remarque également un cal périostique bien formé. Bien que le cal inter-fragmentaire ne soit pas encore très solide et permette sans doute une légère flexibilité, on distingue un bourgeonnement des extrémités osseuses et la ligne qui les sépare est fort étroite. — B. — *Radiographie* no 2. — Face postérieure. Mêmes détails que sur le cliché No 1. On reconnaîtra en outre : 1o que la *cassure du péroné siège à 10 cent. 1/2 au-dessus du sommet de la malléole externe* ; 2o Que le trait de fracture du tibia descend obliquement pour aboutir en dedans à 5 cent. 1/2 au-dessus de la pointe de la malléole interne. Le cal qui remplit l'espace interosseux est très apparent. — C *Radiographie.* No 3. — Profil interne Le fragment inférieur sensiblement vertical, intercepte avec le supérieur oblique en arrière un angle ouvert en avant très obtus de 145o. Il semble que la soudure soit complète entre la pointe interne du fragment supérieur et la partie correspondante du fragment inférieur. — D. — *Radiographie* no 4. — Profil externe. Sur ce profil on distingue les dépôts osseux abondants qui englobent le foyer de la fracture et l'on voit que le fragment supérieur est porté légèrement en arrière du fragment inférieur. En somme les quatre radiographies précédentes concordent toutes à montrer une consolidation complète du péroné et une consolidation très avancée, sinon parfaite en certains points du tibia. — E. — *Radiographie* no 5. — Elle n'offre aucun intérêt dans l'espèce. Nous l'avons fait exécuter uniquement dans le but de nous assurer qu'il n'existait aucune solution de continuité sur la moitié supérieure des os de la jambe, en particulier aucune fracture du péroné voisin du genou.

CONCLUSIONS. — Nous sommes en mesure de répondre maintenant aux questions posées par la Cour: 1re Demande : L'un des deux os de la jambe fracturée est-il ou non actuellement consolidé ? Réponse : L'examen des radiographies prises sous les yeux de l'un des experts nous permet d'affirmer que des productions osseuses abondantes se sont déposées entre les deux fragments du tibia et même ceux du péroné. Mais au point de vue clinique, il nous semble qu'une légère flexibilité du cal persisterait encore et qu'on constate un faible mouvement dans le sens antéro-postérieur. Nous sommes en droit d'espérer que de nouveaux apports osseux ou qu'une organisation plus avancée du cal feront disparaître cette sensation qui, à l'heure actuelle, est douteuse et déjà presque imperceptible ; 2e Demande : L'état actuel de la blessure rend-il difficile et douloureux l'exercice de la fonction de surveillant de chantier ? Réponse : Les fonctions de surveillant ayant été confiées au demandeur la question se trouve résolue par ce fait et nous croyons que Peyrat pourra aussi bien chez le patron actuel que chez tout autre patron exercer cet emploi. 3o Demande : L'état de Peyrat rend-il impossible le travail de terrassier ? Réponse : Oui, son état rend impossible le travail de terrassier ; 4o Demande : Est-ce que en tenant compte des conséquences actuelles de l'accident et des diverses éventualités qui pourraient se produire à la suite de l'opération chirurgicale demandée par Peyrat cette opération est ou non indiquée ? Nous répondrons que l'opération nous paraît contre-indiquée d'abord parce qu'elle est délicate et même dangereuse, surtout en présence des déviations, des productions osseuses abondantes, des adhérences avec le péroné voisin, ensuite surtout par ce fait, que la consolidation osseuse est déjà très avancée, si elle n'est pas définitive ; 5o De ces quatre réponses et des lésions anatomiques ainsi que des troubles fonction-

reproduites dans le journal *Le Droit médical* de décembre 1905:

« Conclusions : 1° Le jeune V..., a subi par le fait de l'accident du 4 octobre 1904, la perte des deux testicules et des téguments du scrotum ; 2° cet accident n'est pour lui la cause d'aucune incapacité permanente pour les travaux de sa profession. »

Inutile de dire que ces conclusions produisirent un profond étonnement non seulement dans le monde médical où l'on connaît l'importance de la sécrétion interne des glandes, mais aussi dans le monde juridique et Me Henri Robert, dont tout le monde connaît le talent, appréciait cette expertise avec beaucoup d'esprit dans la note que nous plaçons sous les yeux des lecteurs (1).

Enseignements à tirer de ces faits.

Par les trois espèces, prises entre tant d'autres, que nous avons soumises au lecteur pour qu'il en soit le juge, pièces en main, on a pu voir à quels montrueuses erreurs aboutissait l'expertise médico-chirurgicales, dans les conditions présentes. Tirons-en les enseignements convenables en cherchant les moyens à proposer pour éviter le retour de pareils faits. Une circulaire ministérielle y suffirait. Son souci serait d'ouvrir à tous ceux qui offrent des garanties de science et d'honorabilité les portes de l'expertise en même temps que d'assurer au blessé une indemnité parfaitement correspondante à son métier et par suite à la réduction de capacité résultant de sa blessure.

Voici comment on pourrait procéder :

Seraient inscrits d'office sur la liste des experts tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux qui y consentiraient. La compétence professionnelle de ceux-ci est incontestable ; leur moralité ne l'est pas moins, car si l'un d'eux avait en quelque manière failli à l'honneur, l'administration de l'Assistance publique l'eût certainement révoqué. Ils sont donc tous qualifiés au double point de vue scientifique et moral.

A cette liste s'ajouteraient les médecins pourvus du diplôme de médecin légiste délivré par l'institut de médecine légale de Paris.

A cet égard, disons que cet institut fondé par M. le Dr Thoinot, a pour but d'apprendre aux étudiants comme aux jeunes médecins la pratique de la science médico-légale, et de leur permettre ainsi d'être inscrits sur la liste des experts *de province.*

M. le Dr Thoinot nous approuvera d'ouvrir pour ses élèves ce débouché, dut-il en résulter pour lui une diminution des affaires à expertiser.

Enfin on ajouterait à cette liste tous les médecins exerçant depuis dix ans dans la même région qui demanderaient à y figurer.

Toute forfaiture à l'honneur serait, bien entendu, une cause de radiation de la liste, après que l'intéressé cependant eût été entendu, pour éviter dans la mesure possible l'arbitraire.

De cette liste il faudrait impitoyablement éloigner les médecins remplissant des fonctions rétribuées par les compagnies d'assurances, les compagnies de chemins de fer ou les sociétés industrielles et commerciales. Tout expert devra déclarer dès le début de son rapport à peine de nullité, qu'il n'a aucune attache médicale avec les dites sociétés. Ainsi établie cette liste sera affichée dans le cabinet du Président des conciliations qui sera tenu d'en respecter le roulement. Les experts y seront classés par catégories : médecins pour les cas relevant surtout de la médecine générale, chirurgiens, aliénistes, oculistes, laryngologistes, etc...

Les juges de paix, sur les décisions desquels s'appuie si souvent le Tribunal de première instance, seront soumis aux mêmes obligations dans le choix des experts.

L'expert nommé par le juge de paix devra limiter son rapport à la fixation de la date de consolidation de la blessure, il ne saura, à peine de nullité, faire, comme beaucoup maintenant, allusion au taux de la rente.

Pour l'expert nommé par le tribunal son rôle consistera à indiquer la nature de la lésion anatomique, l'importance des troubles fonctionnels, physiologiques ou psychiques qui sont la conséquence du traumatisme.

Sous peine de nullité il devra s'abstenir également de faire mention du taux de la rente, ni de parler de la date de consolidation si elle a été déjà fixée par l'expert désigné par le juge de paix.

C'est à une commission spéciale que ce rôle sera dévolu. Celle-ci, composée de ce qu'on pourrait appeler des experts techniques comprendra pour chaque métier un nombre égal de patrons et d'ouvriers

---

nels décrits au cours de notre rapport, il nous semble résulter que Peyrat est atteint d'une infirmité permanente et partielle qui diminue sa capacité de travail de 30 %. Paris, le 27 avril 1906.

Visé pour timbre et enregistré à Paris le 28 avril 1906, n° 692. Gratis :

(1) NOTE.— Mon ami Bruno Dubron, le distingué rédacteur du *Droit médical*, m'a communiqué le rapport et le jugement qui précèdent.

Le rapport du savant chirurgien me paraît étrange.

Au point de vue purement médical, il serait téméraire de discuter avec un professeur de Faculté ; mais il me semble, avec les simples lumières du bon sens, bien hardi de prétendre « que la perte de deux testicules ne diminue en rien la capacité pour le travail du sujet qui l'a subie ».

Prendre un exemple chez les animaux et assimiler l'homme à quelque bête de somme n'ayant de valeur et d'utilité sociale que par le travail qu'on en peut tirer, est pénible et même choquant. Comparer l'ouvrier à quelque cheval de labour traînant la charrue dans les sillons des champs, ou à un bœuf astreint aux plus lourdes charges des travaux de la ferme, cela ne vous apparaît-il pas comme excessif ?

D'ailleurs, est-il vrai de dire que la castration ne nuit en rien au développement des forces musculaires chez les animaux ? Je ne le crois pas. Le cheval entier a plus de feu et d'ardeur que le cheval hongre ; le taureau est plus vigoureux que le bœuf, etc...

Puis, délaissant les animaux pour revenir aux hommes, le professeur Berger nous révèle que « nombre de gens privés de leurs testicules ont rempli et remplissent « encore dans les pays orientaux des fonctions élevées et parfois difficiles ».

En Orient même — à part un général qui, paraît-il, commanda autrefois à des soldats entiers, bien que ne l'étant plus lui-même — quels sont donc les personnages auxquels il est fait allusion dans le rapport ?

En fait de fonctions élevées et difficiles, je ne vois guère que celle d'eunuque, et la suprême fonction réservée à ces malheureux mutilés est d'arriver à commander à leurs compagnons d'infortune dans quelque harem impérial !

D'ailleurs nous sommes en Occident. Je ne vois pas bien dans notre beau pays de France à quels emplois élevés et difficiles peuvent aspirer les êtres incomplets.

Qui donc peut sérieusement prétendre que la castration ne diminue point la valeur de l'homme pour le travail qu'on peut en obtenir ? L'être *intégral* — homme ou animal — est susceptible de la meilleure production — reproduction à part.

Si la loi de 1898, remplie de bonnes intentions, mais incomplète et hâtivement votée, a commandé à des magistrats distingués d'adopter dans leur jugement le rapport que je viens d'examiner, il faut le regretter.

C'est à la loi seule que peut s'adresser le reproche d'inhumanité.

Henri ROBERT.

(1) Ce rapport a été entériné par jugement du Tribunal de la Seine ; si nos renseignements sont exacts, les magistrats se sont pleinement rangés à l'avis émis par l'expert.

Ils auront à évaluer, étant donné la réduction physique déterminée par le rapport médical, quelle réduction elle fait subir à la capacité professionnelle ?

Le magistrat n'aura donc plus, ces divers éléments lui étant fournis, qu'à s'en référer à un barème préalablement établi pour fixer le taux de la rente.

Ce barème renfermera la libre appréciation du juge dans des limites précises, comme le Code Pénal le fait en matière répressive, lorsqu'il déclare tel délit passible de 1 mois à 6 mois de prison et de 16 à 500 fr. d'amende.

Soit, par exemple, un ouvrier atteint d'une fracture de jambe. L'expertise médicale lui attribue une perte physiologique d'un tiers, cette perte correspond d'après l'expert technique à une diminution de capacité professionnelle de moitié. Le juge lui alloue d'après son tableau de 35 % à 50 % suivant les particularités du cas spécial, mais il ne peut descendre au-dessous de 35 ni aller au-delà de 50 %.

Nous en avons terminé. Notre projet est facilement réalisable. La législation allemande l'a depuis longtemps adopté. Il viendra peut-être heurter bien des situations acquises et déranger bien des pontifes ; il doit triompher parce qu'il est l'équité en attendant d'être le droit.

Qu'on nous permette d'ajouter un mot que nous suggère la situation du malheureux Peyrat, auquel on avait d'abord refusé l'assistance judiciaire et qui dut faire une partie du procès aux frais d'une personne charitable.

L'assistance judiciaire devrait être de droit accordée en appel sur la production de trois certificats délivrés par des médecins différents sans qu'ils soient munis d'autres titres que leur diplôme. Il ne saurait, en effet appartenir à un membre du bureau d'assistance, honorable sans doute, mais incompétent en matière médicale, d'accorder ou de refuser une mesure de cette importance sous le prétexte que des compétences officielles se sont prononcées.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement rationnel des bronchites, par la suppression des causes immédiates et éloignées.

Il ne faut pas toujours chercher dans un simple refroidissement la cause des bronchites aiguës de l'enfance. Il en est qui sont dues au seul travail de la dentition ; beaucoup d'autres s'ajoutent aux infections gastro-intestinales ou dépendent directement de la diathèse scrofulo-lymphatique.

L'influence de la dentition sur l'inflammation des bronches a été niée par Comby et Kassowitz. Cependant l'expérience prouve l'exactitude de cette relation. On observe en effet, fort souvent, une coïncidence réelle entre l'éruption dentaire du premier âge et l'apparition des bronchites. D'autre part, cette maladie devient beaucoup plus rare quand la première dentition est achevée. Il est probable qu'il s'agit là de bronchites infectieuses non spécifiques se développant à la suite des troubles nerveux vaso-moteurs qui accompagnent l'éruption dentaire.

Les dyspepsies gastro-intestinales d'origine alimentaire et les diarrhées infectieuses entraînent, d'après Sevestre, des bronchites secondaires. Il est même démontré par les recherches de Lesage (1) que le *bactérium coli* est lui-même l'agent pathogène sur place, de ces complications respiratoires.

Quant à l'importance de la diathèse strumeuse dans l'étiologie des bronchites, elle ne fait aucun doute. Reconnue par tous les praticiens, on la rencontre à l'origine non seulement de la bronchite aiguë et chronique de l'enfant mais aussi de l'adulte.

Ainsi, vouloir traiter cet ensemble de bronchites par les médicaments expectorants et sédatifs, cela revient à instituer une thérapeutique de symptômes absolument insuffisante, puisque la cause même l'infection bronchique et son origine plus ou moins éloignée ne sont pas atteintes.

On pourrait, il est vrai, avec la médication sédative établir un traitement intestinal et antiscrofuleux. Mais tout en risquant de fatiguer l'estomac des enfants par trop de remèdes, on n'arriverait pas encore à détruire l'infection localisée dans les bronches.

Ce sont ces réflexions suscitées par l'observation journalière des malades, qui nous ont conduit à chercher s'il ne se trouvait pas dans la thérapeutique un remède possédant tout à la fois des propriétés antiseptiques pulmonaires antiseptiques intestinales et anti-scrofuleuses. L'utilisation de ce remède remplirait à elle seule, l'ensemble des médications pathogéniques et partant, symptomatiques des bronchites infantiles.

Eh bien ! ce remède existe, et depuis longtemps.

Mais tout d'abord son utilisation dans la tuberculose pulmonaire et intestinale, son utilisation dans la diathèse scrofuleuse (Mendelsohn et Hubert) semblaient en réserver l'usage. Depuis quelques années cependant, beaucoup de médecins observaient de très sérieux résultats avec la médication thiocolée dans les bronchites aiguës et chroniques de l'adulte, et dans plusieurs travaux préconisaient ce remède.

Notre propre expérience nous a maintes fois prouvé que cette dernière notion était exacte, et aujourd'hui, nous affirmons que dans les bronchites aiguës et chroniques de l'enfance, le Sirop Roche au thiocol est un médicament qu'il faut employer. Il n'arrêtera pas la toux dès les premières doses (une cuillerée par an d'âge), il ne modifiera pas immédiatement les râles pulmonaires, mais au bout de 2 ou 3 jours, l'amélioration se manifeste, et, dès lors, nous pouvons compter sur une guérison complète. Un enfant de cinq ans, atteint de bronchite aiguë, et qui prendra cinq cuillerées à café de Sirop Roche par 24 heures, n'aura bientôt plus de fièvre, plus d'oppression, plus d'accès de toux. L'état général apparaîtra meilleur et les râles sibilants ou bulleux disparaîtront.

Ce qui, presque toujours, a frappé notre observation, c'est l'absence de complications pulmonaires et le retour complet de la respiration normale sans qu'il reste de séquelles inflammatoires. Il semble donc que le Sirop Roche au thiocol soit le remède directement curatif des affections bronchiques de l'enfance et cela s'explique aisément par ses propriétés antiseptiques, asséchantes et stimulantes pour les réactions défensives

(1) *Société méd. des Hôp.*, 22 janvier 1892.

locales. Cela s'explique aussi par les effets nettement empêchants du remède sur la cause morbigène elle-même.

Maintes fois, en effet, nous avons observé des troubles bronchiques accompagnant l'entérite infantile, et alors, avant même l'amélioration manifeste des symptômes pulmonaires, nous observions la diminution de la diarrhée, des douleurs et du ballonnement abdominal. L'entérite cède en 2 à 4 jours par le Sirop Roche, et avec elle l'infection primitive à retentissement pulmonaire.

Dans d'autres cas, c'est surtout le changement de l'*état général* qui attire l'attention. Le teint blafard, l'apathie, l'émotivité passagère des enfants scrofuleux disparaissent peu à peu sous l'influence du remède. Les forces renaissent, l'appétit est bon, une vitalité nouvelle apparaît, et la diathèse strumeuse étant ainsi modifiée, l'inflammation bronchique ne tarde pas à disparaître.

Ce fait est surtout remarquable dans la bronchite chronique des enfants. Les changements de l'état général marquant l'atténuation du lymphatisme, amènent en un temps qui n'excède pas une ou deux semaines, la guérison complète des bronchites tenaces.

Souvent aussi, nous observons l'atténuation des symptômes habituels de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Chez l'adulte les bronchites chroniques surtout humides, subissent des changements rapides par le traitement thiocolé. Nous ordonnons alors 6 comprimés de thiocol Roche par 24 heures dissous dans de l'eau sucrée ou aromatisée. Quand il s'agit de bronchorrhée intense ou de bronchectasie, la dose de 8 comprimés est nécessaire. C'est alors que l'on constate, et d'une façon remarquable, l'assèchement des lésions. Les crachats se fluidifient, deviennent muqueux, séreux, perdent toute odeur et diminuent nettement. A l'auscultation, les râles muqueux ont disparu, il persiste cependant des signes d'emphysème, mais sans trace de congestion périphérique. Quand ces tousseurs invétérés utilisent régulièrement les comprimés de thiocol Roche, à raison de 4 par 24 heures et pendant 15 jours par mois, ils évitent facilement le retour des symptômes congestifs.

Ainsi, les comprimés de thiocol Roche et le Sirop Roche ne doivent pas être rangés dans la foule des médicaments purement symptomatiques. S'ils diminuent la toux et tarissent l'expectoration des bronchites, c'est parce qu'ils en détruisent la cause infectieuse et modifient les lésions.

Mais tout en reconnaissant que les remèdes sont les antiseptiques pulmonaires, n'oublions pas qu'ils sont désinfectants pour l'intestin et qu'ils possèdent des propriétés anti-scrofuleuses. Par là ils détruisent l'origine lointaine et diathésique d'une foule de bronchites infantiles, et guérissent également les bronchites chroniques des adultes neuro-arthritiques.

Jusqu'à ce jour, les auteurs admettaient bien l'action directement curative du thiocol Roche sur les lésions bronchitiques. Ils reconnaissaient bien aussi les propriétés anti-diarrhéiques et anti-scrofuleuses des comprimés ou du Sirop Roche au thiocol. Mais ils avaient étudié ces propriétés isolément, leur assignant des indications particulières. Aucun d'eux, il nous semble, n'avait songé à les envisager dans leur ensemble, et agissant toutes à la fois. Or, d'après nos observations, nous pensons véritablement que si les comprimés et le Sirop Roche guérissent les bronchites de l'adulte et de l'enfant, ce n'est pas seulement parce qu'ils s'attaquent aux germes morbifiques, mais aussi au terrain et enfin parce qu'ils détruisent leurs causes infectieuses éloignées.

C'est pourquoi les affections pulmonaires guérissent sans laisser de traces et presque toujours sans complications.

Pour bien comprendre l'action médicamenteuse du thiocol Roche sur l'appareil respiratoire, il faut se rappeler qu'il est tout à la fois un antiseptique pulmonaire, intestinal et un anti-scrofuleux.

Dr Em. TILLOUX.

CORRESPONDANCE

A dédier au Dr Balthazar.

Vienne, le 6 décembre 1907.

Mon cher Confrère,

Bien que tout, ou à peu près, ait été dit sur l'affaire Cormon, je crois que la « page oubliée » ci-jointe, trouvée en paperassant dans le nº 1 du *Concours Médical* de 1904, sera d'une lecture savoureuse pour tous ceux qui n'ont pas *interposé* la sacro-sainte flanelle.

Bien cordialement à vous,

Dr CHAPUIS.

La glace sur le ventre dans l'appendicite aiguë.

M. le Dr NOIRCLAUDE a consacré sa thèse à l'étude des détails de technique du traitement de l'appendicite par la glace.

Tout d'abord, dit le Dr Noirclaude, les applications de glace doivent être larges, permanentes et prolongées, et surtout *aussi directes que possible.*

Très souvent le médecin prescrit des applications de glace sur l'abdomen sans trop s'inquiéter de la façon dont cette application sera faite. On achète une petite vessie, on y met de petits morceaux de glace, on la pose sur le ventre et on la renouvelle deux ou trois fois par jour.

Mais, comme le ventre est généralement ballonné, douloureux, la vessie ne tient pas en place, elle tombe à droite, à gauche ; on la retrouve sur la cuisse, sur le pubis ou sur la fosse iliaque gauche, quand elle n'est pas dans le lit à côté du malade.

Il arrive que, pour l'empêcher de tomber, on l'attache au cerceau métallique destiné à soutenir les couvertures ; mais alors, très souvent, la vessie ne touche le ventre que par une surface insignifiante, et quand on palpe l'abdomen on constate que la peau n'est nullement refroidie ; la vessie de glace s'est réchauffée et contient de l'eau tiède.

Si, comme cela est fréquent au début d'une crise, le ventre est ballonné, une seule vessie ne suffit pas, elle ne tient pas en place ou bien les morceaux de glace tombent sur les parties déclives de chaque côté. Il faut donc mettre au moins deux vessies qu'on place côte à côte, sur chaque fosse iliaque. Si ces deux vessies sont insuffisantes en raison de l'intensité du ballonnement ou du volume naturel du ventre, on en place une troisième sur la région de l'ombilic.

Lorsque les vomissements sont intenses, le ventre très ballonné, il devient parfois nécessaire d'en disposer une quatrième sur la région épigastrique. Dès que les phénomènes graves sont calmés du côté de l'estomac, on pourra enlever cette vessie.

Si le ventre est plat, ce qui n'existe que dans les cas légers ou à la fin d'une crise, une seule vessie sera suffisante, si elle est large et posée bien à plat.

On devra interposer entre le sac de glace et la peau une compresse de *tarlatane* pour protéger les parties cutanées sous-jacentes.

Il est de toute nécessité que la glace soit renouvelée fréquemment dans les vessies, en moyenne toutes les trois ou quatre heures, le jour comme la nuit.

L'application de glace devra être *directe*, condition extrêmement importante, dans les cas très graves et

urgents ; il ne faudra interposer entre la paroi abdominale et la vessie de caoutchouc qu'une simple *feuille de gaze.* Dès que les bons effets auront été obtenus, on pourra mettre une feuille de gaze double et le plus ordinairement, on s'en tiendra là.

Toutes les fois que ces précautions seront réalisées dans l'application de la glace sur le ventre, on peut être sûr d'obtenir un résultat efficace.

Il faut inspecter la paroi abdominale chaque fois qu'on renouvelle la glace contenue dans les vessies et, si on voit apparaître une petite tache grisâtre ou violacée, c'est un signe qu'on aura été trop loin et que le froid est trop vif. *Il ne faut pas pour cela suspendre l'application de la glace,* et si deux doubles de tarlatane existaient entre la vessie et la peau on en mettrait trois ou quatre, en revenant à la première épaisseur si le ventre tend à se réchauffer.

La durée du refroidissement varie comme la maladie elle-même ; en général, il est prudent de continuer un certain temps après la crise ; quatre, six, dix jours, tant que le ventre n'est pas redevenu complètement libre, souple et insensible, et surtout ne pas cesser dès que l'émission de gaz indique une amélioration ou lorsque le malade aura été à la garde-robe.

Les sanctions syndicales.

Honoré Confrère,

Dans le *Concours Médical,* dont je suis membre de fondation, vous terminez votre Propos du jour par ces phrases : « Mais alors c'est contre les mauvais confrères qu'il faudrait diriger les efforts de nos organisations de défense professionnelle.

Plus d'un médecin y a déjà songé ».

Mais oui, cher confrère, il y a plus de vingt ans, j'ai démontré que le plus grand ennemi du médecin c'était le médecin.

Au moment de la création des Syndicats, j'ai soutenu et l'avenir m'a donné raison, qu'à défaut de sanctions on n'arriverait à rien.

A Lyon, sans papier timbré, tous les efforts avaient été stériles ; les syndicats *sérieux* ont dû faire signer des engagements avec sanctions pécuniaires, mais les forbans de la profession se gardent bien d'entrer au Syndicat.

Une Société sans gendarmes est une utopie ! inutile de verser des flots d'encre pour se défendre contre les collectivités, il faut tout d'abord discipliner sa troupe et avoir la certitude de ne pas être fusillé par derrière.

Le *Concours Médical* n'a jamais été partisan d'un ordre des médecins !... Comment rendre le syndicat obligatoire ?

Tant que de gré ou de force le Corps médical ne sera pas arrivé à imposer à tous ses membres une sévère discipline il sera victime !

Recevez, honoré Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

D[r] D...

La limitation du nombre des médecins.

La Tremblade, 1[er] décembre 1907.

Monsieur le Président,

Je regrette vivement, sous tous les rapports, d'être trop vieux pour participer à toutes les œuvres de solidarité médicale créées par le *Concours,* œuvres que j'ai réclamées à tous les échos pendant 40 ans. Mais je n'en suis pas moins abonné immuable et lecteur passionné dudit. Je vois donc avec reconnaissance tous vos efforts pour améliorer notre triste position; mais si vous êtes qualifiés, au Grand Etat-major pour diriger les opérations, permettez à un vieux soldat de vous donner son idée sur une question de tactique.

Nous avons tort de nous lamenter sur notre sort même dans nos journaux particuliers, qui sont lus par beaucoup de profanes.

Plus nous crierons, plus on nous serrera la vis. En effet, rien ne peut être plus agréable à nos ennemis qui sont surtout, vous ne l'ignorez pas, tous les suppôts de Thémis. Et comme ils sont, par le nombre et l'habitude de la parole, les maîtres au Parlement, nous n'arriverons à rien. En effet, rien ne peut se faire sans eux. Pour obtenir quoi que ce soit, il faut la sanction ministérielle ; or celle-ci est l'œuvre et la chose du Parlement, donc pour arriver à quelque chose, il faut y obtenir la majorité.

Or que pense cette majorité à notre sujet ? Oh, ce n'est pas bien difficile à deviner.

Elle pense que nous sommes trop indépendants : et que le meilleur moyen de nous mater, c'est de nous diviser ; que pour cela il suffit de créer des médecins en nombre tel qu'il suffira de leur jeter un os pour voir se précipiter pour n'importe quelle besogne, autant d'affamés qu'on voudra.

Que faire ? Ne plus nous plaindre qu'entre nous. Démontrer (ce qui n'est pas difficile), qu'un bon médecin peut faire du bien ; mais que de mauvais médecins, en tel nombre qu'on voudra, non seulement ne sont pas utiles, mais coûtent cher, et sont fort dangereux.

Il faut dire et crier bien haut que les riches seront toujours bien traités, car ils peuvent se payer les princes de la science, mais le *pauvre peuple* pour sa santé est moins bien partagé que les *chiens*!

En effet, il n'existe, je crois, que deux écoles de vétérinaires. On n'y est reçu qu'au concours, et en nombre limité. Les examens sont très sérieux, et peuvent donner lieu à élimination, au cours des études, pour insuffisance. Les élèves y sont nourris et logés, ne pouvant ainsi faire leurs études au café ou à la brasserie.

Cette limitation, au concours, a d'abord pour résultat de n'admettre que les plus capables, puis d'assurer aux élèves des moyens suffisants d'instruction théorique et pratique, puisque leur nombre a été calculé sur les ressources de l'école.

Mais cette limitation du nombre des vétérinaires calculée sur les véritables besoins du pays, a un autre avantage qu'il faut avoir le courage de déclarer : c'est que suffisamment occupés et payés, ils ne sont pas tentés de tomber dans le charlatanisme, plaie inconnue des anciens médecins, mais qui va, se propageant, comme toute maladie contagieuse, sur les troupeaux trop serrés dans des pâturages trop maigres.

Veuillez agréer, et faire agréer à tout le *Concours* mes hommages et mes remerciements.

GUILLON,

Docteur-médecin, membre du *Concours.*

La Contre-réclame dans la grande presse.

Le Vésinet, 1[er] décembre.

Je vois dans le numéro reçu hier du *Concours* que l'on réclame l'exposé des moyens pratiques à employer pour lutter par la contre-réclame dans les quotidiens. Voici à mon sens.

1° Déléguer deux confrères (naturellement attachés à l'administration *Concours* s'ils veulent bien s'en charger), chacun d'eux visitera trois quotidiens au fort tirage : *Le Matin, le Journal, l'Echo de Paris, le Petit Parisien, le Petit Journal, l'Eclair,* et s'informera : A) de la possibilité d'une annonce dans le sens indiqué ; B) du coût de cette annonce pour un temps donné, telle place donnée.

Je pense qu'il est inutile de chercher une publicité plus étendue, ces six journaux étant lus environ par six millions d'individus.

2° Une fois la possibilité de l'insertion reconnue, rédiger une formule (ceci me semblait être l'affaire d'une commission nommée par l'assemblée générale, mais à son défaut, le bureau du *Concours* pourrait, ce me semble, s'en charger). Ladite formule serait publiée par le *Concours* en même temps que celui-ci ouvrirait une souscription libre, en faisant ressortir pourtant la grande utilité de l'effort et en sollicitant la pièce de cent sous minimum (garanties de discrétion pour les bonnes volontés qui ne pourraient faire autant.)

3° Cette formule que le bureau aurait minutieusement étudiée, ne serait pas soumise au referendum ni des membres du *Concours* ni de la presse médicale ; cette manière de faire entraînerait une trop grande perte de temps. Ceux à qui elle ne plairait pas s'abstiendraient et voilà tout. Je crois que, de ce côté, on rencontrerait peu de mauvaises volontés.

4° En même temps et par correspondance directe et « prière d'insérer » le *Concours* solliciterait l'action parallèle de tous les journaux médicaux de Paris et de province, se chargeant de centraliser les recettes jusqu'à concurrence de la somme nécessaire. Suivrait dans chaque numéro, jusqu'à l'acquit de cette somme, la publication des listes.

5° Au cas où la somme nécessaire ne pourrait être réunie dans un laps de temps convenable, le *Concours* rembourserait intégralement les déboursés en laissant simplement les frais de renvois à la charge des destinataires. Le *Concours* retiendrait d'ailleurs sur le total de la somme versée les frais d'avis aux journaux médicaux, soit 0,10 centimes par avis.

6° Je crois que pour être efficace, la publicité devrait s'étendre à une année environ, quitte à y revenir si les résultats paraissaient satisfaisants. L'enquête à ce point de vue serait faite par les médecins intéressés qui pourraient fort bien se renseigner partie auprès des pharmaciens (sur la vente de certaines spécialités) partie auprès de leurs clients dont beaucoup ne se cachent pas de leurs visites chez les vendeurs de ceintures électriques et dans les cliniques pour la chute des cheveux et la réfection des voies urinaires.

Dr Bresselle.

REPORTAGE MÉDICAL

Adjuvat des asiles d'aliénés. — A titre exceptionnel, les docteurs en médecine qui désireront se présenter devant le jury du concours qui s'ouvrira le 3 février prochain en vue du service dans les établissements privés ou dans les quartiers d'hospice affectés aux aliénés, pourront, s'ils remplissent toutes les autres conditions prescrites par le décret du 1er août 1896, obtenir du ministre de l'Intérieur une dispense d'âge, à la condition expresse de subir les épreuves, à titre de médecin d'asile privé.

Si l'autorisation leur est accordée, ils participeront au concours dans les mêmes conditions que les autres candidats, mais ils seront l'objet d'un classement particulier qui ne créera pour eux aucune qualification à l'emploi dans un asile public.

Les œuvres de prévoyance au Syndicat de la Seine. — Le Syndicat des médecins de la Seine adresse à ses nouveaux adhérents les statuts de toutes les œuvres de prévoyance médicale. MM. les Présidents et Secrétaires généraux de ces sociétés, sont priés de faire, au siège social, 28, rue Serpente, un dépôt des renseignements concernant leurs sociétés.

Pour cette œuvre de propagande de toutes les œuvres médicales, le Syndicat tient à affirmer son rôle de défense, d'aide et de solidarité.

Faculté et Hôpitaux.

L'assemblée des professeurs de la Faculté ayant à pourvoir au remplacement de M. Cornil a présenté, en première ligne, M. Pierre Marie ; en seconde ligne, M. Maurice Letulle.

— L'Ecole principale du service de santé et de marine admet les étudiants en médecine et en pharmacie des Facultés de médecine ou des écoles de médecine de plein exercice, ou des écoles préparatoire de médecine à se présenter au concours d'entrée à l'Ecole Principale du service de santé de la marine concuremment avec les élèves des écoles annexes de médecine navale.

Pour l'application de cette mesure, le ministre de la Marine vient d'arrêter les dispositions suivantes.

1° La note dite d'aptitude qui, aux termes de la réglementation antérieure, était donnée par les directeurs aux élèves des écoles annexes de médecine navale et dont il était tenu compte pour les épreuves écrites, est supprimée ; 2° l'épreuve technique actuelle pour l'admission à l'Ecole de Bordeaux est remplacée par les épreuves suivantes.

a) Pour la médecine : une épreuve écrite d'anatomie descriptive et d'histologie splanchnique et une épreuve écrite de physiologie. Durée de chacune des épreuves : 3 heures ; coefficient de chaque épreuve : 10.

b) Pour les pharmaciens : une épreuve écrite de zoologie et une épreuve écrite d'organographie végétale. Durée de chacune des épreuves : trois heures : coefficient, 10. Le coefficient de la composition écrite de langue étrangère (thème allemand ou anglais) est ramené à 4 ; durée de cette composition : 2 heures.

Les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés ou des écoles de médecine devront, pour pouvoir être admis à prendre part au concours d'entrée de l'Ecole de Bordeaux, réunir les mêmes conditions d'âge (dix-huit ans au moins ou vingt-quatre au plus, au 1er janvier qui suit la date du concours) et d'aptitude physique que leurs collègues des écoles annexes ; ils devraient, en outre, satisfaire aux conditions ci-après.

a) Etudiants en médecine. — Etre pourvus, au jour de l'ouverture des épreuves écrites : 1° du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, institué par le décret du 31 juillet 1893 ; 2° de quatre inscriptions valables pour le doctorat ; b) étudiants en pharmacie. Deux années de stage officinal au moment de l'ouverture des épreuves.

Ces dispositions entreront en vigueur pour le concours de 1908, qui a lieu dans le courant du mois d'août.

Des instructions indiquant les formalités à remplir pour l'admission au susdit concours seront incessamment portées à la connaissance des intéressés.

— MM. Simon et Paque, internes des docteurs Brocq et de Beurmann, feront à l'hôpital Saint-Louis au laboratoire de la salle Cazenave, une série de quinze démonstrations pratiques de dermatologie élémentaire. Ces conférences commenceront le samedi 14 décembre à 2 h. 1/2 et auront lieu les mardis, mercredis et samedis suivants à la même heure. Elles seront gratuites. S'inscrire auprès de M. Simon.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON

3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-neuvième année — N° 52 — Dimanche 29 DÉCEMBRE 1907

LE CONCOURS MÉDICAL

QUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La politique des résultats,

Nous recevons la communication suivante :

« Docteur Delbès au docteur Diverneresse. —

Mon cher Confrère,

« Voudriez-vous m'envoyer un exemplaire des statuts de votre syndicat. Dans la dernière réunion du syndicat de Périgueux, j'ai pu obtenir que la cotisation soit élevée à 27 francs pour l'affiliation au « Sou médical ». Vous avez donné l'exemple, nous venons après vous, d'autres suivront. Votre dévoué confrère, Delbès. »

L'idée est donc en marche. L'affiliation au Sou *par groupements* correspond à un besoin urgent. Plus que jamais, nous avons besoin de faire bloc. L'année du « Sou » est marquée par un événement capital, et jamais meilleure démonstration n'a été faite de l'excellence de l'organisme de défense professionnelle qu'est ce Syndicat, le mieux armé pour agir efficacement, puisqu'il a le nerf de la guerre.

Quand il s'agit non de protester vainement, mais d'agir contre un inqualifiable abus de pouvoir, un confrère isolé a trouvé au « Sou » avec la direction dont il avait besoin, les munitions qui lui ont permis de triompher de la force d'inertie et des moyens dilatoires, seules armes d'ailleurs qui pouvaient lui être opposées.

Confrères syndiqués, médecins ou chirurgiens d'hôpital, médecins de l'Assistance, ou des enfants assistés, etc., demain, sous des prétextes plus ou moins avouables, vous êtes exposés à vous voir (luxés) (comme nous disions jadis), des services à vous confiés ; où donc, seuls et sans appui, iriez-vous chercher les moyens qui vous permettront de résister, et d'atteindre l'adversaire toujours fuyant, parce que l'arbitraire ne se peut justifier. Rappelez-vous donc que c'est grâce au « Sou », grâce à la caisse commune, qu'un de nos amis a pu faire dire par la plus haute juridiction française (Le Tribunal des Conflits), à qui incombait de juger un excès de pouvoir, alors que se récusaient et la Cour de cassation et le Conseil d'Etat — voir n° 50 du *Concours* — et souvenez-vous que la meilleure politique est celle des résultats.

LA SEMAINE MEDICALE

L'impuissance et son traitement.

En dehors de toute lésion des organes eux-mêmes, la neurasthénie exerce une influence fréquente sur la sphère génitale. Un état anormal du psychisme des sujets, une timidité exagérée, des craintes d'insuccès, une première désillusion, un désenchantement, ayant pour substratum un déficit constitutionnel ou acquis dans la production d'énergie nerveuse, suffisent à déterminer l'action inhibitrice qui paralyse les intentions les mieux arrêtées, qui réduit à néant les désirs les plus fous. L'impuissance, qui détend l'un des ressorts les plus précieux de l'activité humaine, entraîne par contre-coup l'envahissement de la conscience par des préoccupations angoissantes, susceptibles d'engendrer la mélancolie la plus sombre, et conduit à l'occasion ses esclaves sur le chemin du suicide.

Contre de tels états, la médication aphrodisiaque, si tant est qu'elle existe, reste souvent inefficace. Elle vise à créer en effet une excitation factice dans les centres nerveux locaux et dans l'innervation qui leur appartient. Elle ne tient aucun compte de la constitution même du malade et par là même fait plutôt fausse route.

L'Ibogaïne, cet alcaloïde extrait de l'Iboga du Congo, ne saurait être considérée comme un médicament aphrodisiaque. Ses propriétés stimulantes, toni-nutritives, s'adressent en effet à l'ensemble de l'organisme. Son action dépasse tel ou tel organe pris en particulier et s'exerce sur les grands appareils, le système nerveux, le système

musculaire, la circulation, etc. Cette action éminemment reconstituante est par là même infiniment propre à ramener le fonctionnement des centres supérieurs sur des bases normales, à élever le taux de l'influx nerveux à ses limites minima régulières. A cet égard, elle doit être regardée comme l'agent spécifique par excellence de l'impuissance d'origine neurasthénique.

Rappelons que la meilleure des préparations d'Ibogaine est sans contredit la dragée Nyrdahl, dont la formule est invariable et qui se prescrit à la dose de 4 à 6 dragées par jour.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PETITE CHIRURGIE

Les pansements antiseptiques complets. Définition. Technique. Tarification.

Nous avons récemment étudié la question des pansements secs et des pansements humides et de leurs indications ; il nous paraît nécessaire de compléter cette première étude par quelques réflexions sur les pansements antiseptiques complets, leur technique et leur tarification d'après le tarif Dubief.

1.

DÉFINITION. TECHNIQUE.

Un pansement antiseptique est un pansement plus ou moins compliqué, composé de substances ayant la propriété de tuer les microbes dans les plaies infectées ou de préserver de tout germe infectieux une plaie accidentelle ou chirurgicale. Pour être antiseptique, le pansement doit d'abord être exécuté avec des précautions fort complexes, ensuite être imprégné de composés chimiques antimicrobiens, sublimé, formaldéhyde, acide phénique, iodoforme, salol, etc.

Ces deux conditions sont indispensables pour constituer les véritables pansements antiseptiques. Ce sont donc des pansements longs, difficiles et dispendieux ; il ne peut être question de comparer ces pansements aux simples applications de compresses imbibées d'eau boriquée ou d'eau phéniquée sur une plaie quelconque et qui se nomment aussi pansements. Nous tenons à insister sur cette très importante distinction.

Pour bien faire saisir la complexité du *pansement antiseptique*, nous allons le décrire en détail : Le premier acte du chirurgien ou du médecin qui va faire un pansement antiseptique est de se nettoyer les mains, non pas seulement de se les savonner, mais de se les antiseptiser en les brossant énergiquement au savon d'abord, puis au sublimé à 1 °/₀₀ ou mieux au permanganate de potasse à 1 °/₀₀ ou encore au chlorure de chaux (hypochlorite de chaux à 1/120), comme l'indiquent les auteurs et en particulier notre distingué collègue, le Dr Paul Petit. Ce nettoyage des mains et des ongles est capital ; il doit être très soigné et nécessite au minimum de cinq à six minutes. Après le lavage au sublimé, il faut rincer les doigts à l'alcool à 90° ; après le lavage au permanganate, il faut se rincer à la solution de bisulfite de soude à saturation. Tout essuyage est interdit. Les poignets, manchettes et manches doivent être enlevés ou retroussés jusqu'au coude.

Un tablier ou une blouse couvre les vêtements. Enfin, il faut se munir de compresses de linge ou de gaze stérilisées soit par ébullition prolongée, soit par immersion dans une solution antiseptique (formol, sublimé, hypochlorite à 1/120), soit enfin par séjour dans un autoclave. Ces compresses sont à portée dans une boîte, un large bocal ou une cuvette stérilisée. On a, de plus, sous la main, une large cuvette contenant un liquide antiseptique à employer pour lavages, avec des tampons tout préparés d'ouate hydrophile stérilisée, une boîte ou un bocal contenant de la gaze stérilisée ou imprégnée d'un antiseptique, iodoforme, salol, etc., et découpée d'avance en petites compresses ; il faut encore une boîte d'ouate hydrophile stérilisée sèche, préparée en petits rouleaux ou en placards carrés, du taffetas imperméable caoutchouté ou verni (makintosh, toile gommée de 1re qualité), bandes de gaze roulées d'avance, variables selon l'importance du pansement et la région blessée, des épingles de sûreté, des ciseaux, des pinces hémostatiques, des aiguilles à sutures ou une aiguille de Reverdin (le tout stérilisé par l'autoclave ou par l'immersion dans une cuvette contenant un antiseptique (formol ou hypochlorite ou eau phéniquée forte) des catguts, des soies, des crins de Florence.

Le sujet à panser est assis ou couché, ses vêtements enlevés au voisinage de la région à panser, ou recouverts dans une zone de 25 à 30 cm. autour de cette région avec des compresses protectrices antiseptiques ou stérilisées.

La plaie est examinée soigneusement, les bords sont étudiés de près pour se rendre compte s'ils sont décollés, hachés, déchiquetés ou au contraire, réguliers et susceptibles d'une réunion par première intention ; le fond de la plaie est également inspecté pour y découvrir les corps étrangers, débris de vêtements, poids, éclats, qui peuvent y avoir été introduits et pour savoir s'il n'y a pas un vaisseau à pincer et à lier, un nerf ou un tendon à suturer ou à égaliser. Puis, on recouvre, provisoirement, la plaie d'une compresse stérilisée, on maintient de la gauche cette compresse sur la plaie et, de la main droite, armée d'un tampon d'ouate imbibé de solution antiseptique, on lave soigneusement la peau autour de plaie ; s'il s'agit d une région pileuse, on ébarbe les poils aux ciseaux ou même on rase au rasoir avec un peu de savon antiseptique. On revient alors à la plaie, on la découvre et on procède aux sutures ou aux attouchements avec une mèche d'ouate hydrophile imbibée d'eau oxygénée à 12 volumes ou d'hypochlorite de chaux à 1/120. Cette partie du pansement est particulièrement importante et nécessite au moins huit à dix minutes.

Vient ensuite l'application des compresses stérilisées ou antiseptiques (iodoformées, salolées, etc.), application qui se fait avec la pince à pansements. Dans de nombreux cas, il y a lieu même, avant d'appliquer ces compresses d'introduire un drain (tube de caoutchouc stérilisé, muni d'un fil ou d'une épingle de sûreté) ou une mèche pour éviter la cicatrisation superficielle trop rapide et éviter la rétention de liquides dans le fond de la plaie.

Par dessus la gaze antiseptique ou stérilisée, on place une bonne couche d'ouate sèche hydrophile stérilisée et l'on recouvre le tout d'un imperméable suffisamment grand pour dépasser les bords des plaques d'ouate.

Les bandes sont enfin déroulées, appliquées et fixées par les épingles de sûreté.

Le pansement antiseptique complet ou aseptique complet, ce qui est absolument équivalent puisque la technique est identique, est terminé.

La description ci-dessus est l'expression absolument simple de la vérité ; nous n'avons rien chargé, ni exagéré. Que ceux qui relèvent la moindre précaution inutile dans cette technique veuillent bien nous la signaler ? Or, c'est pour tout ce travail que les Compagnies d'assurances d'abord, les juges de paix, ensuite, veulent contester aux médecins la part d'honoraires que le tarif officiel a d'ailleurs parfaitement acceptée. En toute conscience et en toute impartialité, un pansement aussi compliqué ne vaut-il pas le double d'une consultation, et l'estimation à 2 fr.50 peut-elle sérieusement être trouvée exagérée ?

II

Tarification.

Les jugements de certains magistrats tendent à admettre que le tarif du double de la visite ou de la consultation pour un pansement antiseptique ou aseptique complet n'est applicable qu'au premier pansement, et que les suivants ne vent pas majorer le prix d'une consultation ordinaire.

Nous allons montrer combien cela est abusif et injuste. D'abord, toute intervention médicale, fût-elle seulement un coup d'œil, est une consultation, susceptible du tarif de la consultation ou de la visite ordinaire. Devra-t-on maintenant justifier d'une durée de X minutes de séjour auprès d'un malade pour oser réclamer le prix d'une consultation. Est-ce qu'un dermatologiste, un oculiste, un auriste, a besoin, dans de nombreux cas, d'autre chose que d'un coup d'œil pour établir le diagnostic et fournir, en réalité, ce que l'on appelle une consultation ou avis médical ? Or, nous affirmons que la simple inspection du visage, de la langue, du pouls et au besoin de la température du blessé suivie de l'examen direct de la plaie ou de la blessure constituent à eux seuls la consultation demandée au médecin, et tout médecin, qui fait son devoir, procède chaque fois à ces diverses petites manipulations et recherches.

Si maintenant, il fait un nouveau pansement, le travail qu'exige ce pansement, les détails et les précautions de la technique, enfin, le prix de revient des objets et instruments employés par le médecin, en dehors, bien entendu, de l'ouate, des compresses de gaze, des imperméables, des solutions et fils à suturer qui font partie des fournitures pharmaceutiques, le prix de tout cela est au minimum équivalent à celui d'une deuxième consultation ou d'une deuxième visite. Et cela, naturellement, à chaque nouvelle intervention du médecin et à chaque pansement qui prennent du temps et qui nécessitent une technique complète ? Si vous refusez de payer au médecin des honoraires spéciaux pour les pansements, celui-ci sera autorisé à faire faire les pansements par une autre personne, infirmier ou infirmière, que vous devrez rémunérer spécialement et qui, souvent, ne vous donnera pas, pour la perfection des pansements, les garanties du médecin, et par conséquent risquera de faire durer plus qu'il ne faut le sinistre confié à ses soins.

Chaque fois que l'on défait un pansement antiseptique ou aseptique complet, les risques d'infection de la plaie se représentent, on pourrait même prouver que les chances d'infection sont proportionnelles à la perfection de l'asepsie ; les mêmes précautions, les mêmes détails de technique qu'au premier pansement, sont donc absolument indispensables à chaque nouveau pansement. Et à chaque nouveau pansement, le médecin doit faire un examen de la plaie pour apprécier les indications nouvelles et l'opportunité de telle ou telle modification.

Le seul cas qui puisse donner matière à discussion, c'est l'opportunité des pansements antiseptiques complets sur les phlegmons, les abcès, les furoncles, les anthrax, ou sur des contusions. En principe, une plaie infectée, une plaie qui suppure, ne peut être utilement influencée par la méthode antiseptique ou par l'asepsie rigoureuse ; on se borne alors à des pansements humides fréquemment répétés, mais simples.

La conclusion qui s'impose est donc celle-ci : Toutes les fois que le médecin appelé à donner ses soins à un blessé du travail déclare, en toute conscience, la nécessité d'appliquer un pansement antiseptique complet, c'est-à-dire un pansement dont la technique fort compliquée exige beaucoup de temps, de minutie et de connaissances spéciales, il y a lieu de tarifer ce pansement en plus du prix de la visite ou de la consultation et de l'évaluer un prix double de celui de la visite ou de la consultation. Chaque pansement consécutif exécuté selon la même méthode, étant aussi compliqué que le premier et nécessitant un examen, un pronostic et une décision qui constituent la véritable consultation médicale, doit être tarifé absolument de la même façon que le premier, c'est-à-dire : une visite ou une consultation plus le pansement antiseptique complet.

Dr Paul Huguenin.

REPORTAGE MÉDICAL

4e Congrès de Climatothérapie et Hygiène Urbaine. (*Biarritz*, 20-25 *avril* 1907.) — Nous avons précédemment annoncé les rapports qui seront présentés à ce Congrès.

Voici quelle est la composition de son bureau :

Président : M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Vice-présidents nationaux ; MM. les professeurs Arnozan, de Bordeaux, Netter, de Paris ; Olive, de Nantes ;

Vice-Présidents régionaux : MM. les docteurs Festal, d'Arcachon ; Lalesque, d'Arcachon ;

Vice-Président local : M. le docteur Lavergne, de Biarritz.

Le programme du Congrès sera bientôt complètement élaboré ; il comprendra des excursions aux stations climatiques voisines du Pays basque et du golfe de Gascogne, tant en France qu'en Espagne.

Les démarches sont faites pour obtenir, comme à l'ordinaire, le voyage à demi-tarif pour les congressistes.

Les auteurs de *communications* voudront bien adresser le plus tôt possible le titre de leur travail au Docteur Gaillard, secrétaire-général, à Biarritz, qui répondra d'ailleurs à toute demande de renseignement.

Les *inscriptions* sont reçues dès maintenant : prière d'envoyer les cotisations (20 francs membres titulaires, 10 francs membres adjoints) au Docteur Berne, trésorier à Biarritz.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1907

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel. — IV. Auteurs des articles scientifiques et professionnels.— V. Table de la petite correspondance.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Mais si le juge de la résidence de ces dernières a pu parfois se déclarer compétent, se conformer à la règle, ils se sont déclarés incompétents le plus souvent.

Il faudrait confier les affaires à une agence parisienne qui absorberait le tiers environ des sommes dues. Ne s'engager à payer que si on obtient gain de cause.

Dr Ch. C., *à Concours*. — Voulez-vous savoir comment nos bons maîtres nous soutiennent dans notre lutte pour le libre choix du médecin ? Le mois dernier, un jeune étudiant vient me demander un certificat de vaccination pour s'inscrire à la faculté de médecine.

Je l'ai revu l'autre jour, et il m'a raconté que le secrétaire avait refusé mon certificat, disant que seuls étaient valables les certificats délivrés par l'institut de la rue Ballu.

Ne trouvez-vous pas que l'*Alma Mater* prend des allures de marâtre.

Réponse. — La faculté soutient l'Académie et réciproquement, car par ce temps les petites chapelles aristocratiques ont besoin de s'entendre.

Cela se passe sur votre dos et sur celui du pauvre public facile à épater.

Espérons que le nouveau doyen, grand ami du *médecin de famille*, fera cesser tous ces petits abus.

Dr C. P. à *Concours*. — Je suis envoyé vers vous par mon collègue et ami le docteur L. représentant du *Concours Médical* dans notre arrondissement, au sujet d'un règlement d'honoraires, pour soins donnés à un assuré. Malgré nos recherches dans votre estimable journal, nous n'avons pu trouver un cas analogue, et comme il semble qu'en l'occurence, il existe un point de droit utile à connaître pour tous nos collègues le docteur L. m'a engagé à recourir à vos conseils.

Voici aussi bref que possible l'exposé du cas en litige :

Le 26 juillet 1907 (un dimanche), arrivait à mon cabinet un jeune homme de 12 1/2, garçon de ferme au service d'un des plus riches fermiers de notre vallée. L'enfant était accompagné de sa mère : il poussait de

Suite page X.

R

S

T

II

Partie Professionnelle

T

V

III

Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel

A

B

C

D

E

G

I

J

L

M

IV

TABLE DES AUTEURS

d'articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1907)

D

F

G

H

J

K

L

V

Petite Correspondance hebdomadaire

VI

Jurisprudence médicale

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
8, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.